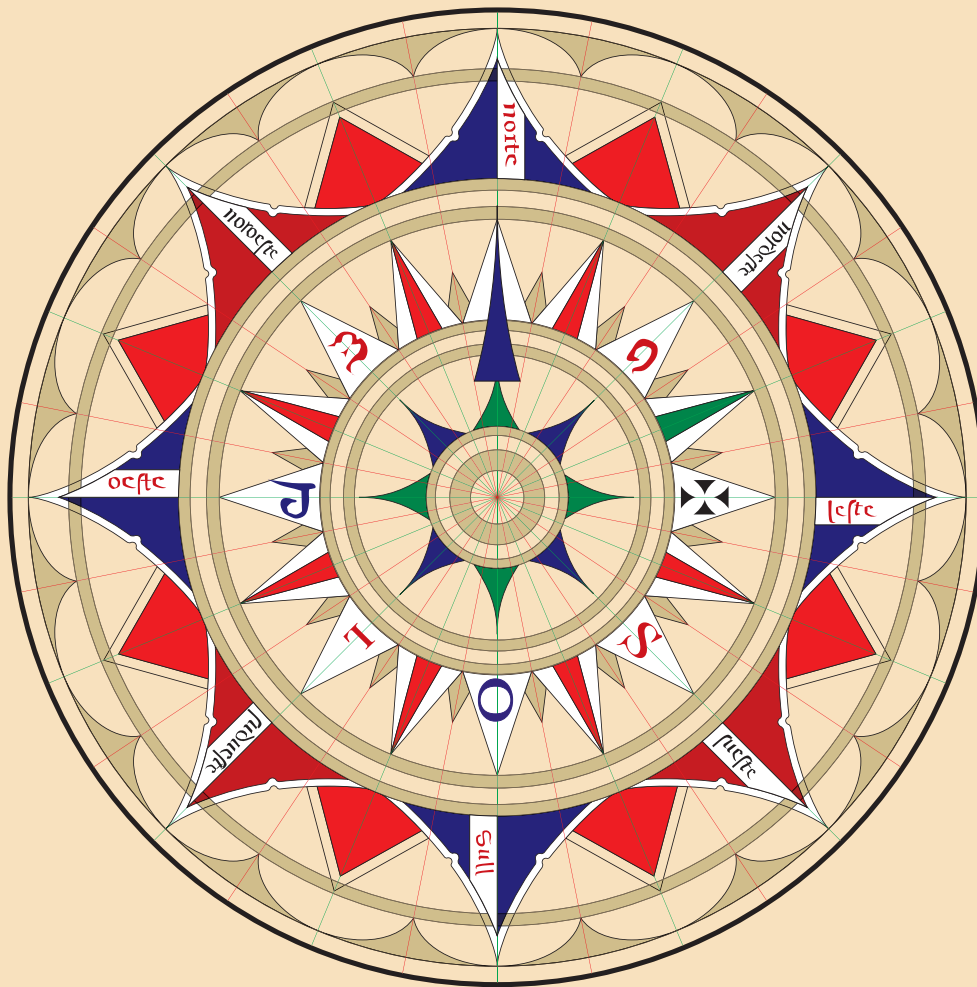


Bis

Boletim do Instituto de Saúde

Nº 15 – Suplemento – Dezembro de 2014

ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



*Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva*

Sumário

Editorial	3
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: uma modalidade de formação para o sistema de saúde brasileiro Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Maria Amélia de Sousa Mascena Veras	5
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – CRH/SES-SP: concepção, implementação e desafios Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins, Sonia Isoyama Venancio, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Lenise Mondini	13
Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP Amélia Keiko Samoto, Sonia Isoyama Venancio	23
Atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: uma proposta de critérios Alexandra Mariano Fidêncio Casarini, Luiza Sterman Heimann	32
Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de enfermagem em equipes de Saúde da Família Celso Luís de Moraes, Maria de Lima Salum e Moraes	39
Percepções sobre direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV Daniela Aparecida Cardoso da Silva, Suzana Kalckmann	46
Saúde Mental na Atenção Básica em Município do Interior do Estado de São Paulo: A pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico Danielle Araujo Borsari, Tereza Etsuko da Costa Rosa	62
Farmacêuticos na Atenção Básica: estudo qualitativo sobre necessidades e possibilidades de qualificação dos profissionais para a integralidade do cuidado aos usuários-cidadãos Érica Tie Miai, Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins.....	71
Educação Permanente em Saúde em região de municípios de pequeno e médio porte: desafios e potencialidades George Akio Miyamoto, Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins, Maria Angela Bianconcini Trindade	80

Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na década de 2002-2012 no município de Embu das Artes, São Paulo	
Lucimeire S. M. Brockveld, Marina Ferreira Rea	87
Avaliação do Déficit Cognitivo em Pessoas Idosas Atendidas na Atenção Básica no Município de Jacareí, São Paulo	
Márcia Cristina Souza dos Santos, Tereza Etsuko da Costa Rosa	95
Políticas públicas e Saúde Mental: notas sobre demandas atuais	
Lauro Cesar Ibanhes, Paula Montanheiro Barioni	104
Análise dos afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	
Rita Aparecida Kietis, Maria Cecília Goi, Porto Alves.....	116
A mortalidade infantil nos municípios do litoral norte de São Paulo de 2003 a 2012	
Tania Cristina Freitas Barbosa, Silvia Regina Dias Médici Saldiva	130
Desenvolvimento Profissional e a Importância da Formação para Atuação no SUS sob a ótica da gestão	
Renata Cristina Ventura Mascarelle, Sandra Magali Fihlie Barbeiro	140

Editorial

É com grande satisfação e orgulho que estamos editando este suplemento especial do Boletim do Instituto de Saúde (BIS) sobre o nosso Mestrado Profissional.

Os leitores irão concordar que não só o tema é importante para a organização a que pertencemos, o SUS do Estado de São Paulo, para os Programas de Formação e Desenvolvimento Profissional institucionalizados pelos órgãos do estado brasileiro que regula este setor, como também para os trabalhadores dos serviços e do sistema de saúde público.

Criar a oportunidade, formular e implementar um programa de Mestrado Profissional de maneira coerente com diretrizes nacionais, regionais e locais não só é um desafio, mas uma possibilidade concreta de mudanças para a melhoria da qualidade da atenção, da gestão e consequente melhoria da qualidade de vida da população.

Os 12 artigos aqui apresentados pelos alunos da 1ª turma do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde mostram uma predominância de

pesquisas de natureza avaliativa, com métodos e técnicas da metodologia qualitativa e uma diversidade temática de políticas, programas e projetos que se expressam fundamentalmente na atenção básica do SUS.

Os resultados alcançados assim como produtos obtidos, sejam sob forma de recomendações, “Guia de Orientações”, conteúdos para qualificação dos trabalhadores para a atenção e gestão do SUS, mostram o potencial que nosso Mestrado Profissional tem para aproximar a produção do conhecimento técnico-científico das necessidades de melhoria dos serviços.

Nosso compromisso é também difundir este conhecimento para que possa ser incorporado nas práticas cotidianas por diferentes atores, contribuindo para a transformação da realidade do SUS.

Boa leitura!

Haino Burmester

Luiza Sterman Heimann

Márcio Derbli

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
David Everson Uip

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Sônia I. Venâncio

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Suplemento – Dezembro 2014
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor
Márcio Derbli

Editores científicos
Lenise Mondini
Sônia I. Venâncio
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas

Capa
Rosa-dos-ventos de 32 pontos de uma carta de Jorge de Aguiar (1492)

Ilustrações
Robson Minghini

Revisão
Sarvio Nogueira Holanda

Diagramação
Fernanda Buccelli

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento
Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

Áurea Eleutério Pascalicchio - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil

Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Carmen Campos Arias Paulenas - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Ernesto Báscolo - Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Katia Cibelle Machado Pirotta – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Lenise Mondini - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Márcio Derbli - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Maria de Lima Salum e Moraes - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marina Ruiz de Matos - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas-SP – Brasil

Sílvia Regina Dias Médici Saldiva - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Tereza Setsuko Toma – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: uma modalidade de formação para o sistema de saúde brasileiro

Professional Master's degree in Public Health: an educational modality for Brazilian health system

Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹ Maria Amélia de Sousa Mascena Veras^{II}

Resumo

O mestrado profissional (MP) é uma inovação educacional que entra na agenda da pós-graduação brasileira a partir dos anos 90 do século passado, quando a ideia de incentivá-los nas áreas aplicadas passa a ser discutida na esfera da Capes. Este artigo discute algumas características do MP na saúde coletiva, por meio de um breve histórico de sua institucionalização no país, buscando destacar a importância dessa modalidade de formação pós-graduada para área e suas potencialidades para a gestão do SUS. Por fim, o artigo elenca alguns desafios postos para o desenvolvimento do mestrado profissional como forma de subsidiar o debate em torno do seu aperfeiçoamento.

Palavras-chaves: Pós-Graduação, Mestrado Profissional, Saúde Coletiva.

Abstract

The Professional Master's Degree (PMD) is an educational innovation that enters the Brazilian post-graduation system in the 90s when the idea of encouraging them in the applied areas starts to be discussed in the realm of Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (Capes). This article discusses some features of the PMD in public health through a brief history of its institutionalization in the country, seeking to highlight the importance of postgraduate training modality for the area and its potential for the Brazilian National Health System (SUS) management. Finally, the article lists some challenges to the development of professional master's degree as a way to subsidize the debate on its improvement.

Keywords: Post graduation, Professional Master's Degree, Public Health.

¹ Eduarda Ângela Pessoa Cesse (educesse@uol.com.br) é dentista, doutora em Ciências da Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz-PE, docente-pesquisadora da Fiocruz-PE e Coordenadora Adjunta de Área da Saúde Coletiva para Mestrado Profissional – Capes

^{II} Maria Amélia de Sousa Mascena Veras (maria.veras@gmail.com) é médica, doutora em Medicina Preventiva pela USP, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Coordenadora do Fórum de Coordenadores de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Abrasco

Introdução

A saúde coletiva é definida como um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e para a explicação de seus determinantes sociais, mas também como um campo de práticas direcionadas para a prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto, sobretudo, os grupos sociais, portanto, a coletividade.¹⁸

Para Almeida Filho¹ a constituição e consolidação desse campo requer a formação de sujeitos capazes de produzir conhecimentos e tecnologias, bem como formular e implementar políticas e práticas que tomem como objeto condições, estilos e modos de vida de distintos grupos populacionais.

O pensamento crítico que deu início ao surgimento desse campo se desenvolveu no âmbito acadêmico desde meados dos anos 70 do século passado, em espaços pedagógicos conquistados nos cursos de graduação da área da saúde, e principalmente nos programas de pós-graduação¹⁷.

No entanto, os profissionais que almejavam aperfeiçoar-se para o exercício profissional e não para a prática acadêmica, contavam apenas com os programas de residências médica em medicina preventiva e/ou social e as especializações em saúde pública e/ou em áreas de gestão e administração de serviços de saúde, em especial, na área hospitalar. Esses programas permitiram a formação de um grande número de profissionais capacitados a responder às necessidades dos serviços de saúde do país, em suas diferentes regiões⁹.

Quanto à formação **stricto sensu**, o sistema brasileiro de pós-graduação, por meio dos programas de mestrado acadêmico e doutorado oferecidos por instituições de ensino superior e centros de pesquisa na área da saúde, tem contribuído com a formação de um expressivo contingente de docentes e pesquisadores, que tiveram uma

participação efetiva na formulação do capítulo da saúde na Constituição Brasileira de 1988 e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse contingente de docentes e pesquisadores formados também contribuiu para um importante crescimento da produção científica da área, acompanhada da consolidação de vários periódicos publicados no país, com crescente reconhecimento internacional nos últimos 10 anos⁴.

É sabido, porém, que grande parte dos egressos dos cursos de mestrado e doutorado acadêmicos, particularmente na saúde coletiva, é formada por técnicos, muitas vezes já inseridos no sistema de saúde, e interessados em adquirir conhecimentos para aplicar nos respectivos espaços profissionais. Segundo Goldbaum⁹ essa situação tem causado distorções, uma vez que os mestrados e doutorados acadêmicos investem na formação para docência aliada à formação para realizar ou conduzir pesquisas, não de cunho operacional, característica mais voltada para as pesquisas conduzidas nos serviços de saúde.

Para Teixeira³ o desenvolvimento dos mestrados profissionais em saúde coletiva constitui uma oportunidade para reflexão acerca da situação atual e das tendências da própria área, enquanto campo de saber e práticas. Portanto, é uma modalidade de formação de pessoal que detém um significado estratégico para a qualificação dos sujeitos que atuam na gestão e operacionalização das políticas e práticas de saúde em consonância com os princípios e diretrizes da reforma sanitária no nosso país. Essa característica não implica afirmar que não há produção de conhecimento no MP, mas sim que a natureza do conhecimento produzido esteja voltado para a solução de problemas práticos, de caráter mais tecnológico do que científico. Dessa forma, o MP pode contribuir para diminuir a distância entre a universidade e os setores produtivos da sociedade².

A regulamentação dessa modalidade de formação tem início com a Portaria nº 47, de outubro de 1995⁵, no mesmo momento em que a Capes lança o documento “Programa de Flexibilização do Modelo de Pós-graduação *Sensu* Estrito em Nível de Mestrado”⁷. Na atualidade, os mestrados profissionais já correspondem a 15% do total de programas de pós-graduação **stricto sensu** no país, com maior número de programas nas áreas interdisciplinar, ensino, administração e saúde coletiva³.

Esse crescimento, em tão curto espaço de tempo, pode ser explicado, em grande parte, pela indução do MEC (Ministério da Educação). No entanto, somam-se a esta o reconhecimento da sua propriedade, como indicador de inserção social, e o incremento da demanda, tanto no setor privado quanto no setor público, que buscam qualificar seus quadros.

Esse movimento acompanha as profundas transformações socioeconômicas e tecnológicas que têm demandado profissionais com perfis de especialização distintos dos tradicionais e que necessitam de uma formação com características diferentes das até então disponíveis no sistema de pós-graduação do país, dadas a constante diversificação e a complexidade das qualificações profissionais requeridas para a implementação das políticas de saúde¹⁰. Tais diferenças estão expressas na orientação dos currículos, na composição do corpo docente e discente, bem como nas formas de financiamento e novos arranjos institucionais¹².

Entre 1995, quando a Portaria nº 47 foi publicada, e os dias atuais, o debate tem avançado e em algumas áreas já se vislumbra uma substituição gradativa dos mestrados acadêmicos pela modalidade profissional. Apesar deste movimento não ser consensual, não restam dúvidas sobre a necessidade de fortalecer a oferta de MP em todas as áreas. No campo da saúde coletiva, os mestrados profissionais vêm garantido o seu

espaço acompanhando a necessidade de fortalecimento dos quadros para o SUS, e já correspondem a 43% dos programas existentes no país⁴.

Portanto, o MP surge para responder à necessidade de formação de profissionais pós-graduados aptos a elaborar novas técnicas e processos de trabalho, muito focados em respostas às questões e problemas postos pelo trabalho, diferindo da formação acadêmica, que visa, preferencialmente, aprofundar conhecimentos ou técnicas no campo da produção de conhecimento.

Esta modalidade de formação pós-graduada não poderia encontrar campo mais adequado para ser absorvida do que a saúde coletiva do Brasil, no século XX. Diante do desafio de avançarmos da concepção para a implementação de um sistema de saúde com as características e dimensões do SUS, são necessários profissionais qualificados para responder adequadamente, de forma criativa e cientificamente alicerçada nos desafios que estão postos.

Marco regulatório

As características dos cursos de mestrado e doutorado no Brasil foram definidas e fixadas pelo Parecer nº 977/65⁸, do Conselho Federal de Educação, conhecido como Parecer Sucupira, baseadas no modelo norte-americano de formação pós-graduada. Este parecer, além de responder à necessidade de implantar e desenvolver cursos de pós-graduação no país, traz a distinção entre a pós-graduação **stricto sensu** e a **lato sensu**.

No parecer, os cursos de especialização e aperfeiçoamento têm objetivo técnico-profissional específico sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade. São cursos destinados ao treinamento nas partes de que se compõe um ramo profissional ou científico. Já a pós-graduação **stricto sensu** confere

grau acadêmico, que deverá ser atestado de uma alta competência científica em determinado ramo do conhecimento.

Outras distinções entre a pós-graduação **stricto** e **lato sensu** apontadas no mesmo documento são: a pós-graduação **stricto sensu** é de natureza acadêmica e de pesquisa, e mesmo atuando em setores profissionais tem objetivo essencialmente científico, enquanto a especialização, normalmente, tem sentido eminentemente prático-profissional; a primeira confere grau acadêmico e a segunda concede certificado.

A Capes identifica que o desenvolvimento da pós-graduação no Brasil estabeleceu o mestrado como o primeiro degrau para a qualificação acadêmico-científica necessária à carreira universitária, bem como para assegurar também a formação de pessoal de alta qualificação para atuar nas áreas profissionais, nos institutos tecnológicos e nos laboratórios industriais. Esta situação dominou até os anos setenta, mas não se mantém diante da intensidade, urgência e variedade das demandas que a sociedade, hoje, faz ao sistema universitário. O novo contexto, caracterizado entre outros, pela exigência de ampliação de conhecimento, melhoria do padrão de desempenho e a abertura do mercado, requer uma transferência mais rápida dos conhecimentos gerados na universidade para a sociedade¹³.

É nesse contexto que no início dos anos 90 toma corpo a discussão sobre a realização de mestrados profissionais, particularmente nas áreas aplicadas. Em 1995, essa modalidade é finalmente reconhecida pela Portaria nº 47, já mencionada. A oferta de MP inclui em seus objetivos a inovação na orientação curricular, na composição do corpo docente e discente, no financiamento e nas parcerias institucionais.

Outros instrumentos normativos se seguem, entre os quais se destacam a Portaria nº

80⁶, que dispõe sobre os mestrados profissionais e apresenta como um de seus principais objetivos “promover o conhecimento científico por meio da prática no meio profissional” e a Portaria Normativa nº17, de 2009¹⁶ que “dispõe sobre o MP no âmbito da Capes”. O MP também passa a ter presença nos Planos Nacionais de Pós-Graduação, em especial o PNPG 2005-2010¹⁴ e o PNPG 2011-2020¹⁵, que trazem importantes reflexões sobre a pós-graduação no Brasil e, também, sobre a formação profissional e que servem de referência aos vários setores da sociedade visando ao desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação do nosso país.

A Portaria Normativa nº 17 torna-se um marco na institucionalização dos programas de mestrado profissional, uma vez que, a partir desta, a Capes regulamenta a sua oferta e os define como modalidade de formação que confere título com validade nacional, com idênticos graus e prerrogativas, inclusive para o exercício da docência, do título de mestre conferido pelos demais programas de pós-graduação **stricto sensu**. Esta portaria estabelece, ainda, os processos de submissão e de avaliação dos programas de mestrado profissional, e inova ao estabelecer que os proponentes de um curso de MP podem ser universidades, instituições de ensino e centros de pesquisa, públicos e privados, inclusive sob a forma de consórcios.

Ao definir os objetivos do MP a Capes evidencia a sua especificidade, qual seja: “capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando a atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho; transferir conhecimento para a sociedade, atendendo às demandas específicas e de arranjos produtivos com vistas ao desenvolvimento nacional, regional ou local; promover a articulação

integrada da formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, visando a melhorar a eficácia e a eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de inovação apropriados; contribuir para agregar competitividade e aumentar a produtividade em empresas, organizações públicas e privadas”¹⁶.

Desafios postos para a consolidação do mestrado profissional na saúde coletiva

Na atualidade, os mestrados profissionais têm o reconhecimento da comunidade científica, e o Conselho Técnico Científico da Educação Superior – CTC-ES, em sua 148ª reunião, realizada em agosto 2013, cria o cargo de Coordenador Adjunto de Área para MP, além de uma agenda para o desenvolvimento de programas profissionais em todas às áreas de conhecimento.

A formatação e implantação dos cursos de MP na área de saúde coletiva têm sido acompanhadas por um contínuo debate, que não só não representou obstáculo à sua franca expansão, mas, ao contrário, tem servido para aperfeiçoar de modo contínuo esta modalidade de formação. A Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) tem tido papel relevante, ao assegurar espaço nos seus principais eventos para que o debate sobre o MP tenha continuidade, fundamentalmente por meio e no âmbito do Fórum de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que em reuniões plenárias com o conjunto de coordenadores de programas de pós-graduação da área, tem se debruçado sobre refinar os instrumentos de avaliação, de tal forma que as especificidades da área estejam contempladas.

Apesar dos avanços alcançados por meio da regulamentação, torna-se necessária a consolidação dos programas de mestrado profissional

ante algumas características que os fazem a opção de formação para profissionais aptos a enfrentar estrategicamente os desafios do campo da saúde coletiva. Algumas características são desafiadoras do ponto de vista operacional, bem como em função de algumas práticas já estabelecidas que requerem uma mudança na forma de execução dos programas já existentes e daqueles a serem propostos. Hortale¹⁸ chama a atenção para o fato de essa modalidade, apesar de ter cerca de 20 anos de estabelecimento, ainda não ter alcançado um consenso quanto à sua natureza, aos seus produtos e ao seu impacto na sociedade brasileira.

Os desafios atuais que têm sido discutidos incluem: as características pedagógicas do MP, a necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de avaliação, os mecanismos e fontes de financiamento e a existência de assimetrias regionais.

Do ponto de vista pedagógico e em consonância com os seus objetivos, a proposta do MP deve se diferenciar do mestrado acadêmico, no qual tem prevalecido o recorte disciplinar, privilegiando a constituição de áreas temáticas, com especificação mais clara dos problemas e práticas envolvidos em recortes específicos, como é o caso da gestão de sistemas de saúde, epidemiologia em serviços de saúde e vigilância sanitária, entre outros¹⁷.

As características do seu corpo discente, formado por profissionais que estejam inseridos em atividades dos serviços, exigem flexibilidade na constituição das suas atividades acadêmicas, sendo recomendável pensar em atividades de ensino a distância, em combinação com as presenciais.

Os trabalhos de conclusão dos MP devem ser distintos dos tradicionais para que haja coerência com a sua proposta e abordagens pedagógicas. Neste sentido os produtos finais podem ser estudos de sínteses que subsidiem a formulação de políticas e projetos, bem como textos que

contenham os resultados da elaboração e experimentação de instrumentos de trabalho, tecnologias leves, a serem incorporadas à gestão, promoção ou prevenção de riscos e agravos, ou estudos de caso no âmbito das organizações de saúde cujos resultados contribuam para a introdução de inovações gerenciais, organizativas e operacionais no processo de produção das ações e serviços.

Nesse sentido, apesar da Portaria nº 17 normatizar diversas possibilidades de produto final para o MP, ainda é um desafio para os programas e alunos fomentarem suas dissertações de forma diferente da tradicional, além de que mecanismos mais efetivos de indução, bem como espaços de divulgação que privilegiem formatos diversificados, precisam ser incentivados.

Quanto ao corpo docente, a formação na modalidade profissional exige que este seja altamente qualificado, o que pode ser demonstrado pela produção intelectual constituída por publicações específicas, produção artística ou produção técnico-científica, ou ainda por reconhecida experiência profissional, mesmo na ausência de titulação acadêmica, quando for o caso². Hartz e Nunes¹⁰ destacam que, por se tratar de um mestrado com perspectiva multidisciplinar, consubstanciada na articulação de diferentes campos de conhecimento, deve-se contar com a participação de professores com formação e experiência de trabalho a elas relacionadas.

O desafio a essa questão está na excessiva valorização da produção científica tradicional. Nesse contexto, há a necessidade de aprofundar normas específicas e critérios adequados de avaliação. Para programas cuja vocação é uma produção de conhecimento de natureza aplicada, é vital a formação de parcerias com o setor extra-acadêmico, de modo que assegure não só a produção de novas tecnologias, mas a sua aplicação. Com base nas avaliações anteriores, o

Fórum de Coordenadores de Pós-graduação em Saúde Coletiva propôs agrupar a produção técnica oriunda dos programas de pós-graduação em 4 eixos: produção de material bibliográfico com foco técnico-instrucional, produtos técnicos de natureza instrumental, disseminação do conhecimento e serviços técnicos especializados. A definição destes eixos levou em consideração alguns critérios, tais como, abrangência, complexidade (esforço intelectual), aplicabilidade social e econômica e impacto. Esta é uma das contribuições que visa a aperfeiçoar o processo de avaliação e que se encontra em debate no momento.

Quanto aos mecanismos de financiamento, os primeiros cursos de mestrado profissional foram propostos e avaliados considerando a existência de um demandante, instituição/organização que era responsável por financiar as atividades, visto que, com exceção dos mestrados profissionais em rede, que são programas induzidos e de interesse do país, a exemplo do PROFMAT (matemática), o PROFLETRAS (letras), o PROFIS (física), o PROFHIST (história), o PROFARTES (artes), o PROFIAP (administração pública), para os quais a Capes prevê formas de participação financeira, os demais não recebem bolsas ou incentivos do órgão federal.

Outro desafio é a expansão do MP, para regiões do país nas quais ainda existem um número de programas profissionais muito reduzidos, como nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. As assimetrias existentes no sistema de pós-graduação brasileiro não são exclusividade do MP e têm sido apontadas desde o PNPG 2005-2010¹⁴ e ainda persistem e são reforçadas no PNPG 2011-2020¹⁵. Notadamente, as mesorregiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro apresentam indicadores destacados das demais e têm alta oferta de programas de pós-graduação. Para reverter esse quadro,

torna-se oportuno levar em consideração o estabelecimento de relações com parceiros para a definição de projetos sustentáveis cuja complexidade irá exigir a ação sinérgica de vários órgãos.

Portanto, nessas circunstâncias e com essas características, entende-se que o MP constitui-se numa modalidade de formação pós-graduada de quadros para o desempenho de funções estratégicas, com habilidades e capacidade de diagnosticar, definir e conduzir políticas de intervenção sobre a saúde. Goldbaum⁹ reforça que os recursos humanos formados deverão ser atualizados quanto aos novos conhecimentos existentes para serem capazes de acompanhar e incorporar os processos de inovação e produção de conhecimentos e formular projetos voltados a responder aos problemas identificados na área de atuação e avaliar o impacto dessas intervenções aplicadas.

Na atualidade, considerando a evolução do conhecimento, melhores padrões de desempenho e a abertura do mercado, busca-se um profissional que tenha sido formado para a transferência mais rápida dos conhecimentos adquiridos na academia para a sociedade. A necessidade de integração ensino-serviço vem sendo discutida há algum tempo, como forma de superação dos modelos tradicionais de formação na área de saúde, quais sejam, o “modo escolar, distanciado da realidade concreta, e o modo serviço, “nela mergulhado”¹⁷. A modalidade de formação pós-graduada profissional é uma das melhores possibilidades de resposta a este desafio.

Por fim, diante de todo o contexto apresentado e tendo em vista os 25 anos de implantação, o SUS, com toda a sua complexidade e grandes desafios, percebe-se a necessidade de quadros cada vez mais capazes de enfrentar problemas e encontrar saídas criativas, ante as grandes diversidades regionais socioeconômicas e culturais do

país. Portanto, existe a urgência pela formação cada vez mais expressiva de sujeitos comprometidos com os princípios e valores da reforma sanitária brasileira e para o aperfeiçoamento do SUS.

Referências bibliográficas

1. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev de Adm Pública*. 2000; 34(6): 11-34.
2. Barata RB, Goldbaum M. Perfil dos pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq da área da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6):1863-1876.
3. Capes [homepage na internet]. Relação de Cursos Recomendados e Reconhecidos [acesso em 16 ago 2014]. Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarAreaAvaliacao#>
4. Capes. Documento de Área 2013 da Saúde Coletiva [documento na internet] [acesso em 14 ago 2014]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacaotrienal/Docs_de_area/Saude_Coletiva_doc_area_e_comiss%C3%A3o_att08deoutubro.pdf
5. Capes. Portaria nº 47, de 17 de outubro de 1995. Determina a implantação na Capes de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado dirigidos à formação profissional [portaria na internet] RBPG 1995 [acesso em 14 ago 2014]; 2(4):147-148. Disponível em: <http://www.foprof.org.br/documentos/portaria-no-47-17-outubro-1995.pdf>
6. Capes. Portaria nº 80, de 16 de dezembro de 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências [portaria na internet]. [acesso em 10 ago 2014]. Disponível em: http://ebape.fgv.br/sites/ebape.fgv.br/files/portaria_capes_080.pdf
7. Capes. Programa de Flexibilização do Modelo de Pós-Graduação **Stricto Sensu** em Nível de Mestrado 1995. RBPG 2005 [acesso em 14 ago 2014]; 2(4): 145-146. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/viewFile/86/82>
8. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 977 CES, de 3 de dezembro de 1965 [parecer na internet]. Define os cursos de Pós-Graduação [parecer na internet]. [acesso em

- 10 agosto 2014]. Disponível em: <http://nucleodememoria.vrac.puc-rio.br/site/textos finais/parecerCFE97765.pdf>
9. Goldbaum M. Mestrado profissionalizante em saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 27- 32.
10. Hartz ZMA, Nunes TCM. Formação e capacitação dos recursos humanos no Brasil. Situação atual, desafios e perspectivas da pós-graduação em saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-63.
11. Hortale VA. Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.65-100
12. Mestrado no Brasil. A situação e uma nova perspectiva. Infocapes [periódico na internet].1995, 3 [acesso em 10 ago 2014];(3-4): 18-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v1n2/v1n2a08.pdf>
13. Mestrado Profissional [editorial]. Rev Admin Contemp [periódico na internet]. 1997 [acesso em 10 ago 2014]; 1(2): 145-146. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v1n2/v1n2a08.pdf>
14. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. V Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010. Brasília: CAPES, 2005.
15. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPGE 2011-2020 / Coordenação de Pessoal de Nível Superior. Brasília, DF: CAPES, 2010. v. 1
16. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES [portaria na internet]. [acesso em 12 ago 2014]. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/baixaFcdAnexo.do?id=3922>
17. Teixeira C. Significado estratégico do mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48.
18. Vieira da Silva LM, Paim JS, Schraiber L. O que é saúde coletiva? In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – CRH/SES-SP: concepção, implementação e desafios

Professional Master's Degree in Public Health of Coordinator of Human Resources/ Department of Health of the State of São Paulo - CRH / SES-SP: design, implementation and challenges.

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins^I Sonia Isoyama Venancio^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa^{III} Lenise Mondini^{IV}

Resumo

Como parte de sua missão de formar Recursos Humanos para o SUS, o Instituto de Saúde (IS/SES-SP), tutelado pela Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH/SES-SP), teve sua proposta de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva aprovada pela CAPES, tendo iniciado suas atividades em agosto de 2011. O programa conta com duas áreas de concentração, Gestão em Saúde e Práticas de Saúde, as quais abrangem as linhas de pesquisa desenvolvidas pelos docentes na instituição. O objetivo do programa é formar profissionais com visão crítico-analítica das políticas públicas de saúde e para uma prática profissional transformadora visando à qualificação dos processos de atenção e gestão do sistema de saúde. Tem como público-alvo os trabalhadores de saúde que atuam nas diversas instâncias do SUS-SP. As vagas disponibilizadas, quinze a cada biênio, foram preenchidas na primeira turma por profissionais de diferentes formações e oriundos dos diversos municípios do estado. Os projetos desenvolvidos pelos alunos possibilitaram a elaboração de recomendações relevantes para a prática nos serviços de saúde em resposta às demandas identificadas por eles em seus locais de trabalhos. Como desafios ressaltam-se: manter os alunos vinculados ao programa por dois anos, tendo em vista a alta rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde; propiciar maior aproximação com as chefias imediatas/mediatas dos alunos para a devida incorporação dos resultados das pesquisas nos serviços; e acompanhar os egressos para captar a real interferência do programa no âmbito do SUS/SP como perspectiva de avaliação a longo prazo.

Palavras-chaves: Pós-Graduação, Mestrado Profissional, Saúde Coletiva

Abstract

As part of its mission of training human resources for the Brazilian national health system (SUS), the Health Institute (IS/SES-SP), overseen by the Coordinator of Human Resources (CRH/SES-SP), had its proposed Professional Master's Degree in Public Health approved by Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), having started its operations in August 2011. The program has two areas of concentration, Health Management and Health Practices, which include the research lines developed by teachers in the institution. The goal of the program is to prepare students to have a critical and analytical view of public health policies and to transform professional practice aiming to qualify the processes of care and management of the health system. Its target audience is public health workers involved in the various segments of the SUS-SP. The first places available, fifteen each biennium, were filled by professionals from different backgrounds and coming from different cities of the state. The projects developed by the students enabled the creation of relevant recommendations for practice in health services in response to needs identified by them in their places of work. As challenges, we emphasize keeping students connected to the program for two years, given the high turnover of professionals in health services; provide closer ties with the immediate/mediate supervisors of students in order to incorporate the research results in services; track students to capture the actual interference of the Program within the framework of SUS/SP as prospect of long-term evaluation.

Key words: Post graduation, Professional Master's Degree, Public Health.

^I Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (mceзира@yahoo.com.br) é psicóloga. Mestre e Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP. Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde/SES-SP. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP).

^{II} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), pesquisadora científica VI e Assistente de Direção do Instituto de Saúde – SES/SP.

^{III} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela USP, docente do Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde SES/SP.

^{IV} Lenise Mondini (lmondini@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, Doutora em Saúde Pública pela USP, docente do Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde SES/SP.

Introdução

O Instituto de Saúde (IS) é um órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e tem por missão: 1). produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da saúde coletiva promovendo sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas; 2). prestar assessoria e colaborar na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social¹⁰.

A instituição possui corpo técnico multidisciplinar composto por pesquisadores, em grande parte vinculados à carreira de Pesquisador Científico do Estado de São Paulo, regulamentada pela Comissão Permanente de Regime de Tempo Integral⁸.

Em seus 45 anos de existência, a instituição sempre buscou contribuir para a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS por meio da implementação de diversas modalidades de cursos, entre eles o Programa CurSUS, composto por um conjunto de cursos de aperfeiçoamento de curta duração voltados a profissionais do SUS-SP e o Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva^{1,13}, destinado a alunos recém-formados que buscam aprofundamento no campo da saúde coletiva para posterior inserção no sistema público de saúde.

No ano de 2009, após amplo processo de reflexão do corpo técnico sobre a missão institucional, formulou-se a proposta de desenvolvimento do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, alinhada à visão e objetivos da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH/SES-SP). A opção por essa modalidade de pós-graduação deu-se em função da identificação de vários pontos comuns entre os objetivos institucionais e aqueles apontados pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação – Capes/MEC para o mestrado profissional (MP) que, em termos gerais, enfatiza o desenvolvimento de estudos e técnicas diretamente voltados para o desempenho de um alto nível de qualificação profissional e que responde a necessidades socialmente definidas, diferentes daquelas apresentadas pelo setor acadêmico².

Sendo o IS uma instituição de pesquisa vinculada a uma secretaria estadual de saúde e considerando que o estabelecimento de parcerias com serviços de saúde e instâncias de gestão do SUS sempre foi uma prática institucional, visando a identificar demandas para a realização da pesquisa, assessorias e atividades de formação, identificou-se uma vocação natural da instituição para o desenvolvimento do MP.

Segundo Carmen Teixeira¹²:

“A principal característica do mestrado profissionalizante reside, a nosso ver, no fato de ele ser oferecido a partir do estabelecimento de uma parceria entre instituições de serviço e instituições de ensino, levando-as ao mais alto grau de aproximação, em um processo que se tenta institucionalizar desde que se discute a necessidade de ‘integração ensino-serviço’, forma de superação dos modelos tradicionais de formação na área de saúde, quais sejam, o ‘modo escolar’, distanciado da realidade concreta, e o ‘modo serviço’ nela mergulhado.”

A proposta submetida à CAPES foi aprovada em 2010 e o programa, tutelado pela CRH enquanto Pró-Reitoria de pesquisa vinculada à SES-SP, teve sua implementação iniciada em agosto de 2011.

Os objetivos deste artigo são os de descrever a concepção e implementação dos três primeiros anos do programa e de apontar possibilidades e desafios a partir da experiência de condução de sua primeira turma.

A concepção do programa

A construção da proposta do programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da CRH/SES, implementado pelo IS, levou em consideração as reflexões sobre o papel do MP no desenvolvimento econômico e social do Brasil. Segundo Ribeiro⁶, os argumentos favoráveis à criação de mestrados profissionais como modalidade de pós-graduação *stricto sensu* no país foram defendidos com base na constatação de que a sociedade atual requer uma formação cada vez mais qualificada, mesmo para setores que não lidam com a docência nem com a pesquisa de ponta. Além disso, com o aumento das titulações no país, constatam-se que boa parte dos mestres e uma parte significativa dos doutores encaminham-se para um destino que não é o ensino superior.

Pode-se dizer que a Capes, ao incorporar essa modalidade de pós-graduação, em 1995, apostou na soma do aspecto prático ao teórico, com ênfase em problemas externos à academia, porém com qualidade avaliada e atestada dentro dos rigores da mesma academia para garantir programas de relevância para o país, além de sedimentar uma larga ponte de mão dupla entre a comunidade acadêmica e os demais setores da sociedade, que necessitam de estudos e pesquisas de qualidade³.

Assim, o Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da CRH/SES foi concebido com duas áreas de concentração – Gestão e Prática de Saúde – as quais abrangem as linhas de pesquisa desenvolvidas pelos docentes na instituição, quais sejam: Prática de Saúde, Sistemas e Serviços de Saúde, Condições de Vida e Situação de Saúde, Aleitamento Materno e Nutrição em Saúde Coletiva.

Tem como público-alvo os trabalhadores de saúde que atuam nas diversas instâncias da

gestão e da atenção do SUS-SP, disponibilizando 15 vagas a cada biênio. A formulação da proposta deste programa, amplamente discutida com a Coordenadoria de Recursos Humanos da SES, foi desenvolvida para possibilitar aos trabalhadores do SUS-SP a oportunidade de formação em pesquisa para resolução de problemas nos âmbitos da atenção e gestão. Dessa forma, optou-se por não se definir, *a priori*, um nicho específico de trabalhadores da SES (nível central ou departamentos regionais) ou de municípios. O entendimento foi de que a constituição de turmas de alunos com diferentes inserções poderia ser interessante para a reflexão sobre os avanços e obstáculos à consolidação do SUS-SP sob diferentes olhares e perspectivas. Consideramos, assim, que nosso programa se relaciona com diferentes instâncias e serviços próprios do SUS-SP e também com instituições parceiras (Organizações Sociais de Saúde, Fundações e Instituições de Ensino) da SES-SP e municípios na gestão de serviços de saúde.

O objetivo geral do programa é formar profissionais com visão crítico-analítica das políticas públicas de saúde e para uma prática profissional transformadora por meio da produção e aplicação do conhecimento científico, visando à solução de problemas, ou proposição de inovações para a qualificação dos processos de atenção e gestão do sistema de saúde. Tal objetivo está em consonância com a proposta de formação de atores sociais que não demandam apenas a junção de conhecimentos teóricos e práticos, mas também uma maior capacidade reflexiva que necessitará de um aprofundamento teórico próprio do mestrado acadêmico¹¹.

São ainda objetivos específicos do programa:

- contribuir com a formação de profissionais de saúde para a identificação e caracterização de problemas de saúde pública com abordagem interdisciplinar, com vistas a estabelecer

prioridades e intervir sobre a situação de saúde de diferentes grupos populacionais;

– contribuir com a formação dos profissionais de saúde no que se refere aos componentes de planejamento, organização e avaliação de sistemas de saúde para a tomada de decisões que visem à qualificação dos processos gerenciais nos diferentes níveis de gestão; e

– contribuir para a formação de profissionais no âmbito das práticas de atenção à saúde e processos de trabalho, nas dimensões da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde de populações e de pessoas, visando à integralidade da produção do cuidado no contexto de implementação das políticas de saúde.

A estrutura curricular, na vigência da 1ª turma, foi composta por disciplinas obrigatórias e optativas e atividades complementares definidas junto aos orientadores (participação em congressos com apresentação de trabalho, produção de aplicativos, visitas técnicas, etc.) correspondendo a 26 créditos, além da elaboração da dissertação (ou equivalente) correspondente a 70 créditos, compondo um total de 96 créditos, tendo duração de dois anos. As disciplinas obrigatórias tiveram por objetivo a introdução dos alunos no campo da saúde coletiva; a reflexão sobre a relação entre as ciências sociais e saúde coletiva; os fundamentos do método epidemiológico e sua aplicação no âmbito da saúde coletiva; e a discussão sobre as políticas de saúde no Brasil, além de seminários temáticos e questões relacionadas à ética em pesquisa, no sentido de apoiar o desenvolvimento dos projetos. As disciplinas optativas ofereceram oportunidades de aprofundamento em aspectos relacionados à metodologia de pesquisa (quantitativa e qualitativa) de acordo com as necessidades do grupo de alunos, bem como em temas específicos das linhas de pesquisa desenvolvidas no programa.

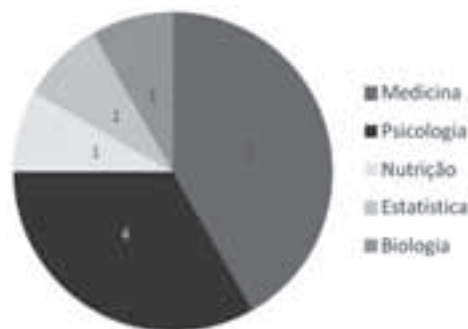
O quadro 1 apresenta as disciplinas oferecidas para os alunos da turma inicial.

Tendo em vista que os alunos continuam inseridos nos locais de trabalho durante a participação no programa, optou-se por concentrar todas as atividades presenciais das disciplinas em um único dia da semana (sextas-feiras), a fim de facilitar a liberação dos alunos por suas chefias.

Corpo docente

O programa, no biênio 2011-2013, contava com 10 docentes permanentes e 2 colaboradores, todos vinculados ao Instituto de Saúde. Dez deles são pesquisadores científicos com formação na área de saúde coletiva, sendo 11 titulados com doutorado. Na figura 1 visualiza-se a distribuição dos docentes segundo a formação, ficando claro o perfil interdisciplinar do programa.

Figura 1. Distribuição dos docentes segundo formação



Perfil discente

Segundo Ribeiro⁶ (2005) a principal diferença entre o mestrado acadêmico (MA) e o MP é o produto, isto é, o resultado almejado. No MA, pretende-se, pela imersão na pesquisa formar, a longo prazo, um pesquisador. No MP, também deve ocorrer a imersão na pesquisa,

mas o objetivo é formar alguém que, no mundo profissional externo à academia, saiba localizar, reconhecer, identificar e, sobretudo, utilizar a pesquisa de modo que agregue valor a suas atividades. Com tais características, o MP aponta para uma clara diferença no perfil do candidato a esse mestrado e do candidato ao mestrado acadêmico, o que foi constatado na experiência do programa em questão.

O processo seletivo da primeira turma do programa foi realizado em junho de 2011 e candidataram-se 138 profissionais de saúde cujo vínculo de trabalho atendia ao disposto no edital: servidores públicos municipais, estaduais, federais, de autarquias e de fundações (área da saúde) atuando no SUS-SP. A alta demanda identificada nesse processo seletivo confirmou a hipótese sobre a necessidade da criação de um curso nos moldes propostos. Além disso, responderam às solicitações de apresentação de um pré-projeto de pesquisa e declaração da chefia imediata de interesse no projeto, bem como anuência em relação à liberação do profissional às sextas-feiras durante 24 meses para participação no programa.

A primeira turma recebeu profissionais de diferentes formações, conforme ilustra a figura 2, em que a diversidade foi considerada um aspecto favorável por possibilitar a discussão sobre os conteúdos dos cursos sob diferentes olhares, propiciando o exercício da interdisciplinaridade.

Cabe destacar que a opção pela interdisciplinaridade como princípio pedagógico não significa negar as especialidades e especificidades de cada profissão. O seu sentido reside na oposição da concepção de que o conhecimento se processa em campos fechados em si mesmos, como se as teorias pudessem ser construídas em mundos particulares, sem uma posição unificadora que sirva de base para todas as

ciências, e isoladas dos processos e contextos histórico-culturais⁹.

Figura 2. Distribuição dos discentes segundo formação



Os locais de origem dos alunos foram: município de São Paulo (4), São João da Boa Vista (1), Campinas (2), Indiana (1), Louveira (1), Itapeitinga (1), Registro (1), Embu das Artes (1), Jacaré (1), Ilha Bela (1), Cubatão (1). Verificou-se, portanto, que não houve uma barreira de acesso em função da distância a ser percorrida pelos alunos. Verificou-se também heterogeneidade do grupo em relação à inserção no SUS. A primeira turma foi composta por 2 alunos do nível central da SES-SP, atuando nas áreas de Assistência Farmacêutica e Recursos Humanos; 1 articuladora da Atenção Básica vinculada à SES apoiando municípios de pequeno porte do interior do estado; 1 aluna inserida na atenção hospitalar na área de doenças infecciosas e 11 alunos inseridos em secretarias municipais de saúde (atuando nas áreas de vigilância epidemiológica, saúde mental, judicialização, atenção ao idoso, assistência farmacêutica, humanização e saúde da criança/aleitamento materno). Constatamos que esses alunos estavam vinculados a serviços de atenção à saúde do SUS, em média, há mais de 11 anos, sendo no mínimo há um ano e no máximo, 25 anos. Essa diversidade de inserções também possibilitou ao grupo o compartilhamento de diferentes visões e experiências sobre o SUS, enriquecendo o processo de formação.

Coordenação e implementação do programa

Internamente ao IS, o MPSC é coordenado pela Comissão de Pós Graduação – CPG, constituída por três docentes permanentes do programa (sendo um deles o coordenador), escolhidos por consenso do corpo docente, e um representante discente. Desde o início de sua implementação, o programa privilegiou a construção coletiva, envolvendo a CPG, docentes e alunos e foi marcado por avaliações processuais visando ao seu aprimoramento.

Como aspectos favoráveis do processo podemos citar a realização de reuniões mensais com todos os docentes do programa, com o objetivo de planejar a grade curricular, discutir os conteúdos das disciplinas, realizar avaliação das disciplinas e monitorar o desenvolvimento dos projetos dos alunos; a interlocução permanente com os representantes dos alunos, buscando avaliar o processo de formação sob a visão dos discentes e a realização de rodas de conversa e dinâmicas para avaliação dos alunos em relação ao programa, o que possibilitou o

aprimoramento da grade curricular para a segunda turma, que iniciou em 2014, sendo este um dos itens revistos pelo programa de acordo com a avaliação da CAPES, ainda parcial, com vistas a ajustar o número de disciplinas metodológicas e as instrumentais.

Produtos da primeira turma

Os MP são cursos voltados à problemática identificada pela instituição ou proposta por instituições/entidades/ empresas específicas, que tragam, como demanda, um campo de problemas a serem enfrentados, e, como alunos, os profissionais aos quais cabe a tarefa de equacioná-los no cotidiano⁵.

Nesse sentido, os resultados das dissertações defendidas em 2013 e 2014, produtos desenvolvidos pelos alunos da primeira turma do MPSC apresentados no quadro abaixo, podem exemplificar o potencial do programa para dar respostas às demandas trazidas pelos alunos e discutidas no contexto de sua prática profissional.

Quadro 2. Projetos concluídos pela primeira turma do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da CRH/SES, 2014.

Título do Projeto	Formação do aluno	Âmbito do Projeto	Potencial de aplicabilidade
Avaliação do déficit cognitivo e sua relação com características sociodemográficas, com condições de saúde e com o estilo de vida de pessoas idosas atendidas na Atenção Básica no município de Jacareí, S. Paulo.	Médica	Jacareí - SP	Estes achados contribuíram para a justificativa da elaboração do programa municipal de atenção às síndromes demenciais de idosos, que pretende implantar um protocolo de diagnóstico e tratamento do agravo, otimizando os serviços existentes e com o planejamento de educação permanente dos profissionais no manejo da doença com o tratamento com medicamentos e/ou em ações de reabilitação neuropsicológica.
A mortalidade infantil e a atuação dos comitês nos municípios do Litoral Norte de São Paulo de 2003 a 2012.	Enfermeira	Ilhabela	Para a melhoria das ações dos comitês é necessário que os gestores municipais de saúde deem maior apoio, tanto do ponto de vista estrutural quanto no processo de trabalho dos membros. Os resultados deste estudo serão apresentados a todos os secretários de Saúde dos municípios do litoral norte, no sentido de colaborarem na elaboração de uma ação estratégica na região.

Título do Projeto	Formação do aluno	Âmbito do Projeto	Potencial de aplicabilidade
Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP	Dentista	Embu das Artes	Fornecer aos gestores e profissionais da saúde de Embu das Artes e cidades similares uma descrição de uma retrospectiva histórica, bem como uma avaliação das ações realizadas em uma década, propiciando uma reflexão crítica e um possível realinhamento da política municipal, pois indica estratégias que propiciam preencher lacunas importantes para melhorar os índices de aleitamento materno, e, como consequência a saúde de crianças e mães.
Residências Terapêuticas no “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”: estratégia, avanços e desafios para as Políticas de Saúde Mental em Campinas.	Psicóloga	Campinas-SP	Apresenta-se a necessidade de aprofundar e institucionalizar mecanismos e estratégias junto aos demais equipamentos e níveis de atenção em saúde e outros setores sociais. Indica-se a articulação não só dos profissionais, mas também dos gestores, no planejamento, na provisão e na execução de medidas e ações intersetoriais envolvidos no tema e mesmo de âmbito das relações interfederativas.
Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: proposta de critérios.	Farmacêutica	Estado de São Paulo	A aplicabilidade dos resultados será viabilizada nas farmácias pela implantação de um guia de orientações.
Saúde Mental na Atenção Básica em município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico.	Enfermeira	Indiana - SP	Além das transformações assistenciais significativas na área da saúde mental alcançadas, a equipe percebeu sua capacidade de reflexão sobre o seu papel na AB, sua capacidade de realizar mudanças e de gerar transformações em suas ações e nas práticas institucionais, dentro dos espaços de atuação coletiva que foram construídos no processo de desenvolvimento da pesquisa-ação.
Farmacêuticos na Atenção Básica: um estudo na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria municipal da Saúde de São Paulo, SP	Farmacêutica	São Paulo - SP	Para a melhoria da Assistência Farmacêutica na região estudada, há necessidade de: atingir a meta de, pelo menos, um farmacêutico em cada unidade; promover sua inserção nas equipes; melhorar a infraestrutura das farmácias; investir em atividades de capacitação e avaliação dos recursos humanos. No sentido de promover a capacitação de recursos humanos, considera-se como ator privilegiado a Escola Municipal de Saúde, especialmente o Grupo Técnico de Educação Permanente em Saúde – CTEPS e seus Núcleos Regionais. Nessa medida, os resultados deste estudo serão apresentados e discutidos junto ao Núcleo de Educação Permanente da Coordenadoria de Saúde Leste, para possíveis encaminhamentos na região.
Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo – SP.	Dentista	Região de São José do Rio Pardo - SP	A divulgação e a apropriação dos resultados é fundamental tanto para os gestores, detentores de governabilidade capazes de implementar políticas na gestão, quanto para os trabalhadores das equipes de saúde capazes de desencadear mudanças imediatas em nível local. Embora a divulgação dos resultados encontrados para a RS Rio Pardo se constitua em “pontapé inicial” para a incorporação dos resultados das avaliações, permanece ainda o desafio de como torná-las processos contínuos capazes de efetivamente modificar as práticas e motivar profissionais e gestores na constante busca pela melhoria da saúde da população.

Título do Projeto	Formação do aluno	Âmbito do Projeto	Potencial de aplicabilidade
Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de enfermagem em equipes de Saúde da Família do município de Campinas, SP	Enfermeiro	Campinas - SP	Os resultados deste estudo serão apresentados ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde de Campinas (CETS), como subsídio para o planejamento das ações de capacitação dos servidores, no sentido de buscar suprir as falhas apontadas e de implementar as ações indicadas como necessárias para o melhor atendimento e detecção precoce de pessoas com uso prejudicial de álcool. Evidencia-se, também, a necessidade de criação de um CAPS ad na área de abrangência da região estudada.
Núcleo de Educação Permanente em região de municípios de pequeno/médio porte: desafios e potencialidades.	Médico	Itapetininga-SP	Haverá o retorno social dos resultados da pesquisa, a partir de uma apresentação com debate no NEP do CGR, visando ampliar as atividades em EP e, assim, contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS na região.
Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório especializado em HIV/Aids na cidade de São Paulo.	Psicóloga	São Paulo-SP	A análise realizada pode contribuir e ou subsidiar intervenções educativas direcionadas aos profissionais que atendem crianças e adolescentes com HIV/Aids reforçando a necessidade da incorporação dos temas de sexualidade, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos, em seus protocolos de atendimento.
Afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.	Psicóloga	Estado de São Paulo	Este estudo levantou dados ainda desconhecidos ou pouco explorados na Secretaria de Saúde e que são importantes para subsidiar possíveis tomadas de decisão por parte dos gestores de pessoas. São poucas as obras disponíveis no Brasil que tratam do absenteísmo por doença nas empresas públicas. O trabalho mostrou que, embora os dados estejam registrados em sistemas, a obtenção das informações utilizadas na análise não se constituiu em tarefa simples, exigindo intensa manipulação dos arquivos. Nesse sentido, as organizações encontrarão neste trabalho justificativas para investir na busca e manutenção de bancos de dados que consolidem as informações disponíveis sobre afastamentos por motivos de saúde.

É importante ressaltar que o desenvolvimento dos projetos possibilitou a elaboração de recomendações relevantes para a prática nos serviços de saúde, para o planejamento e gestão. Além disto, espera-se que parte substancial das proposições seja revertida aos usuários do SUS.

Desafios e perspectivas

Santos e colaboradores⁷, analisando a linha histórica da legislação relativa ao MP, sinaliza que as indefinições iniciais em relação à sua implementação vêm progressivamente dando lugar ao entendimento de que a identidade dessa modalidade de formação pressupõe práticas

pedagógicas que promovam o estreitamento das relações entre a academia e o mundo do trabalho.

A partir, porém, da experiência de implementação da primeira turma do MPSC do IS foi possível identificar alguns desafios para o alcance pleno de seus objetivos. A primeira questão que chama a atenção é a dificuldade em manter alunos vinculados ao programa por dois anos, tendo em vista que a alta rotatividade dos profissionais nos serviços é uma característica do sistema público de saúde por diversas razões, que incluem precarização dos vínculos, baixos salários, mudanças de gestores, entre outros.

Na primeira turma houve desistência de três alunos e alguns mudaram sua inserção

profissional durante o curso, necessitando realizar ajustes nos projetos inicialmente propostos. Isso acarretou dificuldades para o cumprimento do prazo para defesa da dissertação em alguns casos, apesar das várias estratégias de apoio aos alunos, adotadas pelos docentes e pela CPG. Vale ressaltar que esse aspecto consiste em um grande desafio, pois foge à governabilidade dos alunos e do programa.

A ausência de apoio financeiro ao programa, uma vez que ele é oferecido por uma instituição de pesquisa da administração direta para profissionais inseridos em serviços públicos de saúde e que a Capes não mantém auxílios regulares para essa modalidade de pós-graduação, também pode ser considerada um aspecto limitante.

Outro desafio diz respeito à incorporação dos resultados das pesquisas desenvolvidas no âmbito do MPSC. Algumas estratégias foram adotadas visando à aproximação com as chefias imediatas/mediatas dos alunos, nos momentos de qualificação e defesa da dissertação e por meio de visitas dos docentes aos locais de trabalho.

No entanto, identificamos a necessidade de acompanhamento dos egressos do programa para melhor apreendermos os impactos da realização das pesquisas desenvolvidas no âmbito do MPSC, a exemplo das avaliações que algumas coordenações de programas de MP vêm realizando^{4,7} (Nepomuceno et al, 2012; Santos et al, 2014). Segundo Quelha e colaboradores⁵, a avaliação do MP deve considerar, sobretudo, seus resultados específicos, a saber, o valor agregado ao aluno pelo curso. Para tanto, é particularmente importante o trabalho de conclusão ou os trabalhos realizados ao longo do curso, que preferencialmente devem constituir casos de aplicação de conhecimento científico ao ambiente profissional para o qual se volta o MP. Além disso, o autor aponta a importância da captação de dados

constantemente atualizados sobre o destino do egresso após um tempo razoável de sua conclusão do curso (de preferência, dois anos) e que esse dado, convenientemente monitorado, captaria o cerne da qualidade do MP. Um MP que tenha acrescentado a capacidade de seu titulado de interferir positivamente no ambiente profissional será um sucesso.

É nessa direção que pretendemos rumar.

Referências bibliográficas

1. Escuder MML, Nogueira-Martins MC, Venancio SI, Bogus CM. Aprimoramento em Saúde Coletiva: reflexões. São Paulo: Instituto de Saúde, 2000. 95p. (Temas em saúde coletiva, 1)
2. Goldbaum M. Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.27-32.
3. Hortale VA, Leal MC, Moreira COF, Aguiar AC. Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Col*. 2010;15(4):2051-2058.
4. Nepomuceno LDO, Costa HG. Mapeamento de percepções na avaliação dos impactos do mestrado profissional no perfil do seu egresso. *Produção [periódico na internet]*. 2012 [acesso em 2 out 2014];22(4): 865-873. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/prod/2012nahead/aop_200802012.pdf
5. Quelhas OLG, Faria Filho JR, França SLB. O mestrado profissional no contexto do sistema de pós-graduação brasileiro. *Rev Bras Pós Grad [periódico na internet]*. 2005 [acesso em 2 out 2014];2(4): 97-104. Disponível em: <http://ojs.rbpq.capes.gov.br/index.php/rbpq/article/view/82/78>
6. Ribeiro RJ. O mestrado profissional na política atual da Capes. *Rev Bras Pós Grad [periódico na internet]*. 2005 [acesso em 2 out 2014];2(4): 8-15. Disponível em: <http://ojs.rbpq.capes.gov.br/index.php/rbpq/article/view/72/69>
7. Santos GB, Hortale VA. Mestrado Profissional em Saúde Pública: do marco legal à experiência em uma instituição de pesquisa e ensino. *Ciênc Saúde Col [periódico na internet]*. 2014 [acesso em 2 out 2014];19(7):2143-2155. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1413-81232014000702143&lng=en&nrm=iso

8. São Paulo (Estado). Lei Complementar n. 125, de 18 de novembro de 1975. Cria a carreira de Pesquisador Científico no estado de São Paulo [lei na internet]. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1975/lei.complementar-125-18.11.1975.html>

9. Saube R, Wendhausen ÁLP. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. Interface [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2 out 2014];9(18): 621-630. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a16v9n18.pdf>

10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Instituto de Saúde. Relatório de Atividades 2012. São Paulo, 2012.

11. Silveira VO, Pinto FCS. Reflexões necessárias sobre o mestrado profissional. Rev Bras Pos Grad [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2 out 2014];2(4):38-47. Disponível em: <http://ojs.rbpbg.capes.gov.br/index.php/rbpbg/article/view/76/73>

12. Teixeira C. Significado estratégico do Mestrado Profissionalizante na consolidação do campo da saúde Coletiva. In: Leal MC, Freitas CM, organizadores. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48.

13. Venancio SI, Conversani DT, Bersusa A. A inserção dos Aprimorandos em um Projeto de Pesquisa sobre O Programa de Saúde da Família: por quê, como, onde e para quem? BIS – Bol Inst Saúde. 2005;(37):5-6.

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP

Assessment of quality of Primary Health Care services, according to the model of care, in the Region of Rio Pardo-SP

Amélia Keiko Samoto¹, Sonia Isoyama Venancio²

Resumo

Introdução: A Atenção Básica (AB) é considerada pilar estruturante do sistema de saúde e, nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo adotou uma estratégia de avaliação da AB mediante a utilização do instrumento Quali AB. **Objetivos:** Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo segundo o modelo de atenção e verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo avaliativo. **Métodos:** A partir das questões selecionadas do questionário Quali AB aplicado em 2010, criaram-se escores para as dimensões “estrutura” e “processo” e estes foram analisados segundo modelo de atenção. A percepção dos profissionais das unidades básicas de saúde sobre os resultados decorrentes da avaliação com o Quali AB foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e interpretadas à luz da análise temática. **Resultados:** De modo geral, os resultados apontam uma melhor qualidade das unidades de ESF no conjunto de questões relacionadas à dimensão de processo. A percepção dos profissionais entrevistados vai ao encontro dos achados, principalmente no que se refere à deficiência físico-estrutural, de equipamentos e insumos das unidades. Além disso, enxergam a avaliação como um procedimento positivo e importante.

Palavras-chaves: Avaliação em Saúde, Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde.

Abstract

Introduction: Primary Health Care (PHC) is considered a structural pillar of the health system and, in this context the State Department of Health of São Paulo adopted a strategy of PHC evaluation using the instrument Quali AB (Quality of PHC). **Objectives:** To evaluate the quality of PHC services in the Region of Rio Pardo according to the health care model and verify the perception of health professionals about the evaluation process. **Methods:** From the selected questions of questionnaire Quali AB applied in 2010, we created scores for the dimensions “structure” and “process” and they were analyzed according to the health care model. The professionals’ perception of primary health units on the assessment results with the Quali AB were collected through a semi-structured questionnaire and interpreted in light of the thematic analysis interviews. **Results:** Overall, the results indicate a better quality of Family Health Strategy units in the set of questions related to the dimension of process. The perception of professionals meets the findings, particularly in relation to physical and structural deficiency, equipment and inputs of units. In addition, they see the assessment as a positive and important procedure.

Keywords: Health Assessment, Primary Care, Primary Health Care, Health Management.

¹ Amélia Keiko Samoto (amelia.samoto@gmail.com) é dentista, mestre em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Articuladora de Atenção Básica da Região de Saúde de Bragança/Departamento Regional de Saúde de Campinas-DRS VII – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

² Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), pesquisadora científica VI e Assistente de Direção do Instituto de Saúde – SES/SP.

Introdução

A Atenção Básica (AB) em Saúde tem demonstrado resultados positivos no cuidado à população ao garantir na prática a aplicação de seus princípios norteadores: servir como primeiro contato e porta de entrada ao sistema de saúde, longitudinalidade do cuidado com o estabelecimento de vínculo e adscrição de clientela, garantia de cuidado integral, coordenação do sistema, serviços voltados às necessidades da comunidade, centralidade na família e reconhecimento das necessidades de diferentes grupos populacionais¹³.

Lom e colaboradores¹ analisaram e compilaram várias evidências internacionais comprovando que sistemas de saúde centrados na AB demonstram melhores indicadores de saúde da população, bem como são capazes de prover melhor acesso aos serviços de saúde.

Em uma revisão bibliográfica dos trabalhos mais relevantes sobre Atenção Primária à Saúde realizada por Mendes⁸, são apontados inúmeros benefícios: são mais adequados, visto que se organizam conforme as necessidades de saúde da população; são mais efetivos, porque enfrentam a situação epidemiológica crescente das condições crônicas, além de trazer impacto nos níveis de saúde da população; são mais eficientes, pois geram menores custos reduzindo procedimentos mais onerosos; são mais equitativos, já que privilegiam grupos e regiões mais carentes, diminuindo o gasto com recursos próprios; são de maior qualidade porque enfocam a prevenção e a promoção da saúde.

Embora o Ministério da Saúde considere a Estratégia Saúde da Família a forma de organização prioritária da AB, no estado de São Paulo há uma extensa rede de Unidades Básicas tradicionais e Unidades Básicas que utilizam os princípios

norteadores da ESF, que se estruturam a partir de outros arranjos organizacionais. Segundo Castanheira e colaboradores³ há uma diversidade de tipos organizacionais em que muitas unidades de saúde apresentam deficiência quanto à estrutura física e ao processo de trabalho.

Em 2010, com o propósito de resgatar seu papel e fortalecer o apoio aos municípios com os Articuladores de Atenção Básica (AAB), a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por meio do Programa de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica, divulga um instrumento: Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Atenção Básica, denominado Quali AB. O questionário é fruto de parceria da SES-SP com a Equipe Quali AB (UNESP), sendo autoaplicável pelas equipes de saúde. Foi construído e validado entre 2006 e 2007 em pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) financiada pela linha de fomento Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e a iniciativa de institucionalização foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite do estado de São Paulo em maio de 2010, como uma estratégia para estimular uma cultura avaliativa com a participação de gestores municipais e equipes locais de saúde, além de constituir-se em um instrumento de gestão da AB. O questionário leva em conta as características estruturais, da organização da assistência e da gerência local. Todo o processo de construção e validação do instrumento Quali AB, bem como suas características e potencialidades podem ser encontradas em artigo de Castanheira e colaboradores².

Em decorrência da adesão de mais de 90% dos municípios do estado de São Paulo ao Programa de Avaliação e Monitoramento dos serviços de Atenção Básica em 2010, foi possível obter um panorama geral da qualidade desses serviços em todo o estado. Especificamente na Região de Saúde

do Rio Pardo, apenas um município não aderiu ao Quali AB, o que permitiu complementar o diagnóstico da região elaborado anteriormente pelo AAB.

O presente artigo baseia-se no projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde e está vinculado às experiências do AAB da Região de Saúde (RS) do Rio Pardo, especialmente no tocante à avaliação da AB utilizando o instrumento Quali AB e tem como objetivos: a) avaliar as informações obtidas com a aplicação do questionário Quali AB na RS Rio Pardo, de modo que as unidades de saúde possam identificar suas fragilidades e potencialidades dentro das dimensões estrutura e processo; b) identificar possíveis diferenças no tocante à avaliação de estrutura e processo segundo o modelo de atenção (ESF ou UBS com diferentes tipos organizacionais); e c) identificar a percepção dos profissionais de saúde envolvidos na aplicação do questionário Quali AB também foi motivo de estudo, sendo coletadas informações relativas ao processo avaliativo e a alguns resultados obtidos.

Método

A pesquisa utilizou dados provenientes da aplicação do instrumento Quali AB. Após a adesão dos gestores de sete dos oito municípios pertencentes à RS Rio Pardo, mediante a aceitação do Termo de Consentimento Informado, foi disponibilizado às unidades básicas de saúde, independentemente de seu modelo organizacional, um questionário *on-line* constituído de 85 questões de múltipla escolha, autorrespondido pelo gerente e equipe da unidade. As unidades de saúde participantes foram aquelas cadastradas no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) e aquelas que estavam em funcionamento mesmo sem possuir esse cadastro, totalizando 37.

Os critérios e padrões de qualidade utilizados para a avaliação com o instrumento Quali AB 2010 expressam os valores presentes nos princípios éticos e organizacionais do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e em normas técnicas de cuidado individual e coletivo baseadas em evidências, podendo ser sintetizados em: organização geral da assistência facilitadora do acesso; oferta de ações de prevenção primária e secundária; acesso à atenção integral à saúde; cumprimento de protocolos assistenciais padronizados; valorização do trabalho em equipe; gerenciamento técnico do trabalho; relação organizada com a comunidade e disponibilidade de insumos cruciais para a AB². O questionário é composto por questões descritivas, que caracterizam o serviço, e questões pontuadas, que classificam a qualidade das atividades ofertadas cujos valores variam de 0 a 2, em que o padrão ouro é representado pelo valor 2. Nesse estudo, foram selecionadas questões para representar estrutura e processo, totalizando trinta questões, sendo a maioria pertencente ao banco de dados pontuado, ou seja, aquelas classificadas originalmente de 0 a 2. A escolha das questões priorizou o contexto epidemiológico da região, bem como as prioridades de trabalho, estando relacionados principalmente aos problemas de mortalidade infantil, materna e fetal, neoplasias, doenças crônicas e envelhecimento. Além disso, ênfase foi dada também à oferta do atendimento integral.

Foram selecionadas dez questões para representar estrutura cuja pontuação individual máxima foi 10. Para representar processo, foram selecionadas vinte questões, com pontuação individual máxima igual a 5.

A partir das questões selecionadas foram construídos escores relativos à estrutura e processo. Pretendeu-se obter um escore que em sua menor pontuação (0) indicasse um nível de

qualidade insatisfatório, ao passo que a maior pontuação (100) significava a qualidade esperada segundo os padrões estabelecidos.

Em algumas questões, optou-se pela dicotomia pontuação máxima ou mínima. Para as questões com possibilidade de graduação do escore e cujo critério era a maior diversidade de ações para indicar maior acesso e integralidade do cuidado, foi realizada a soma de cada item da questão até atingir a pontuação individual máxima. Quando foi possível, alguns itens foram agrupados para facilitar a composição do escore da questão.

Para as questões não pontuadas, foram definidos critérios para a avaliação da qualidade, levando-se em consideração o conteúdo das questões escolhidas do questionário Quali AB e as recomendações do MS.

Um banco de dados com os valores atribuídos a cada questão e o escore total relativo às dimensões de estrutura e processo das 37 unidades de saúde da RS do Rio Pardo foi montado em Excel, para posteriormente ser exportado para o pacote estatístico SPSS versão 13.0.

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das unidades de saúde e, a seguir, as unidades foram analisadas segundo os escores de estrutura e processo. Na etapa seguinte, o comportamento dessas variáveis foi comparado segundo o modelo de atenção (ESF e modelo tradicional). Por fim, a comparação entre UBS da ESF e modelo tradicional foi feita a partir da distribuição dos escores de estrutura e processo segundo os percentis 25, 50 e 75 e 100.

A abordagem qualitativa enfocou a percepção dos profissionais de saúde acerca dos resultados obtidos na avaliação utilizando o instrumento Quali AB, bem como reflexões sobre o processo avaliativo e os resultados obtidos. Foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas com os profissionais envolvidos no processo

avaliativo em 2010, no intuito de produzir um conhecimento mais aprofundado acerca da percepção sobre o tema avaliação.

Para o componente qualitativo do estudo em que o critério não é o numérico e a principal preocupação constitui-se de um “aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão”⁹, foram convidados quatro profissionais de nível superior integrantes das unidades básicas de saúde autoavaliadas da RS do Rio Pardo em 2010, denominados informantes-chaves, sendo dois médicos e dois enfermeiros, atuantes na ESF e em outras unidades básicas não ESF.

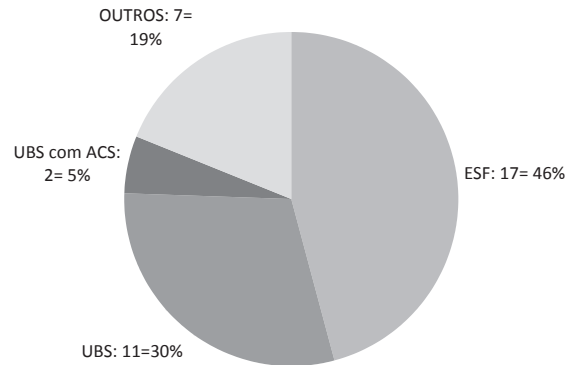
O critério para a seleção dos informantes-chaves levou em consideração a diversificação dos municípios e das unidades básicas de saúde. Além disso, para os médicos, ainda foram considerados: o atendimento em diferentes municípios objetivando uma visão mais abrangente da AB na região, atuação há mais tempo no serviço público, atuação concomitante na ESF e em UBS tradicionais. Para as enfermeiras, o critério centrou-se no perfil de liderança e na participação ativa no processo avaliativo com o instrumento Quali AB. Para as entrevistas, um roteiro de tópicos relacionados às questões e objetivos do projeto foi elaborado.

Os dados resultantes das entrevistas foram analisados por meio da análise temática de MINAYO (2010), após a leitura e releitura do material obtido com as entrevistas. A análise temática, segundo a autora, compreende a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Após transpassar as etapas para a análise temática e para a apresentação dos resultados, foram constituídas categorias com as temáticas surgidas nas falas dos entrevistados, sendo apresentados como: 1) processo avaliativo; e 2) resultados da avaliação e qualidade da atenção básica.

Resultados

As 37 unidades de saúde autoavaliadas em 2010 com o instrumento Quali AB encontram-se distribuídas, segundo modelo de atenção em: 17 unidades de saúde que seguem exclusivamente o modelo da ESF; 2 unidades tradicionais que agregaram ACS; 7 unidades que se autodefiniram como “outro” por oferecem ações de assistência somente a uma população específica: mulher, criança, idoso ou adulto (figura 1). Em relação à localização dessas unidades, percebe-se que a grande maioria encontra-se na zona urbana, havendo, no entanto, unidades na zona rural tendo em vista que alguns municípios possuem considerável contingente de pessoas vivendo nesse espaço. Além disso, percebe-se também uma distribuição de unidades em distritos e bairros mais distantes do centro.

Figura 1. número e percentual de unidades de saúde da RS do Rio Pardo segundo modelo de atenção, 2010



Fonte: Quali AB, elaboração própria, 2013

Na tabela 1 encontram-se descritos os escores referentes à estrutura e processo de cada

Tabela 1: Escores referentes à estrutura e processo das unidades de saúde avaliadas, RS do Rio Pardo, 2010.

Município	Unidade	Escore total de estrutura	Escore total de processo
1	UBS 1	74,50	39,50
	UBS 2	69,50	58,75
	UBS 3	41,50	18,25
2	UBS 4	42,00	27,00
	UBS 5	40,50	33,25
	UBS 6	19,00	13,50
	UBS 7	12,50	15,75
	UBS 8	51,50	44,25
	ESF 9	64,00	43,00
	ESF 10	75,00	58,00
3	UBS 11	82,50	71,75
	ESF 12	78,00	69,50
	ESF 13	61,00	64,50
	ESF 14	57,50	67,50
4	UBS 15	91,00	67,25
5	UBS 16	61,50	55,00
	UBS 17	75,50	67,50
	UBS 18	71,50	42,50
	UBS 19	64,00	40,50
	UBS 20	56,00	53,00

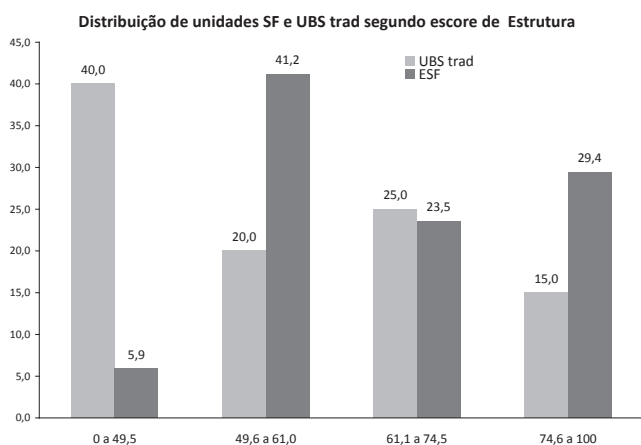
Município	Unidade	Escore total de estrutura	Escore total de processo
5	UBS 21	57,50	35,75
	ESF 22	54,50	57,00
	ESF 23	59,00	68,00
	ESF 24	68,00	66,50
	ESF 25	56,50	52,50
6	UBS 26	23,50	22,25
	UBS 27	47,00	25,25
	UBS 28	25,50	23,25
	ESF 29	75,00	71,00
	ESF 30	83,50	69,00
	ESF 31	71,00	38,00
	ESF 32	56,00	44,00
7	UBS 33	55,00	30,00
	ESF 34	78,00	68,75
	ESF 35	74,50	45,50
	ESF 36	61,00	47,50
	ESF 37	57,00	50,50

Fonte: Quali AB 2010. Elaboração própria, 2013

unidade de saúde por município participante do Quali AB 2010 da região. A pontuação final de cada UBS foi calculada por meio do somatório dos valores obtidos das questões representativas de cada dimensão, podendo variar de zero a cem. Pode ser observada uma amplitude dos valores indicando uma heterogeneidade entre as unidades, visto que os valores mínimos e máximos oscilaram entre 12,5 e 91,0 na dimensão estrutura e 13,5 e 71,7 para processo. De forma geral, verificou-se também melhor desempenho das UBS na dimensão estrutura quando comparada à dimensão processo. Na figura 2 é apresentada a comparação entre as UBS da ESF

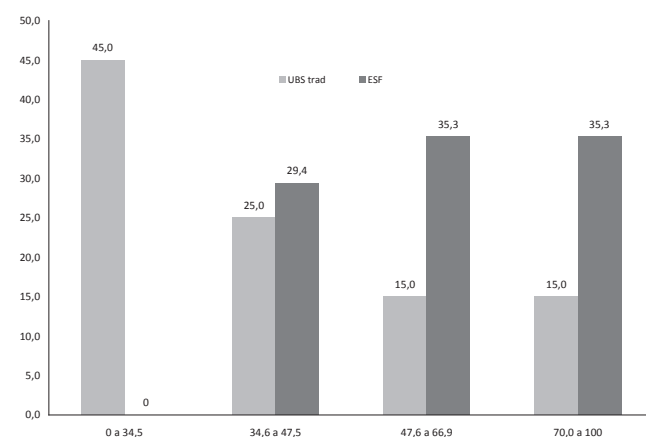
e do modelo tradicional segundo a distribuição em percentis do escore de estrutura. Verifica-se que, embora entre as UBS que obtiveram escores abaixo do percentil 25 exista um predomínio de UBS tradicionais e, no outro extremo, entre as UBS com escores acima do percentil 75 ocorra o inverso, essa diferença não se mostrou significativa estatisticamente ($p=0,083$). Para o total de questões representativas de processo, a comparação entre os modelos de atenção favoreceu a ESF ($p= 0,001$). A distribuição das unidades de saúde segundo escore de processo, elaborado a partir da distribuição em percentis, pode ser visualizada na figura 3.

Figura 2: Distribuição das UBS tradicionais e unidades da Estratégia de Saúde da Família, segundo escore de Estrutura, RS do Rio Pardo, 2010.



Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

Figura 3: Distribuição das UBS tradicionais e unidades da Estratégia de Saúde da Família, segundo escore de processo, RS do Rio Pardo, 2010



Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

No tema referente ao processo avaliativo com o instrumento Quali AB em 2010, os entrevistados relataram ter sido um processo participativo, embora um médico tenha ressaltado uma participação superficial no preenchimento e discussão do questionário pela equipe da ESF e a não participação pela equipe da UBS tradicional. A adesão e colaboração da equipe nesse preenchimento foram relatadas como uma facilidade deste processo pelos profissionais atuantes na ESF. Além disso, um entrevistado relatou dificuldade em reunir a equipe, mas destacou como positivo o fato de ter que parar e refletir sobre o processo. Com relação aos resultados da avaliação e a qualidade da AB, foi observada uma concordância dos entrevistados com os resultados gerais encontrados no estudo, sendo mencionadas dificuldades no município como um todo e não em uma unidade de saúde isoladamente, referentes à estrutura física, equipamentos e insumos. Também pode ser observado um discernimento relacionado à governabilidade da equipe diante da dimensão estrutural, além do relato acerca da heterogeneidade das unidades de saúde. Sobre os recursos humanos, chama a atenção a necessidade tanto em termos quantitativos quanto no quesito qualificação. No que condiz à organização dos processos de trabalho, merece destaque a consciência da responsabilidade do profissional ante as questões referentes à dimensão processo, bem como a influência política na organização dos serviços de saúde. A importância e a necessidade de realização de reuniões e trabalho em equipe, independentemente do modelo de atenção, foi tema frequente durante as entrevistas. Além disso, a necessidade de melhor articulação das unidades básicas de saúde com coordenadores, demais secretarias e setores foi ventilada, no sentido de elaborar um plano e estabelecer uma rotina de planejamento, considerando a rede de serviços.

Discussão

De modo geral, os resultados da avaliação das unidades básicas de saúde pertencentes à RS do Rio Pardo apontam, estatisticamente, uma melhor qualidade das unidades de ESF no conjunto de questões relacionadas à dimensão processo. A percepção dos profissionais entrevistados vai ao encontro dos achados, principalmente no que se refere à deficiência físico-estrutural, de equipamentos e insumos das unidades. Além disso, enxergam a avaliação como um procedimento positivo e importante. Na caracterização das unidades básicas de saúde, segundo questionário Quali AB 2010, chama a atenção o fato de 7 unidades se autodefinirem como “outro modelo de atenção”, tendo em vista a oferta de assistência a apenas um grupo populacional. Isso pode ser confirmado diante da observação na região de serviços centralizados que ofertam atendimento a uma população específica, principalmente referente à saúde da mulher e da criança. Apesar de se autodefinirem como “centros de referência” pressupondo o atendimento especializado aos usuários encaminhados pelas unidades básicas de saúde, na prática, executam todos os atendimentos muitas vezes em função da precariedade das UBS, ausência de profissional na UBS com perfil para esse atendimento ou a baixa cobertura da ESF.

Os resultados da avaliação individual das unidades com o Quali AB 2010 na RS do Rio Pardo apresentaram-se bastante diversificados, demonstrando uma heterogeneidade na qualificação dos modelos de atenção, nas dimensões de estrutura e processo tanto para a região como entre os municípios. Essa heterogeneidade foi relatada por um informante-chave, reconhecendo a diferença de unidades da ESF dentro do município e deste com os demais da região, assim como nos achados ministeriais (MS, 1999).

Além disso, em apenas cinco das trinta e sete unidades de saúde avaliadas, a dimensão processo atingiu maior escore do que a dimensão estrutura, reforçando as orientações de Castanheira e colaboradores² que, embora os indicadores de estrutura sejam importantes, segundo os critérios e padrões de qualidade utilizados para a avaliação com o Quali AB, maior destaque deve ser dado aos indicadores de processo durante as discussões no nível local, graças à possibilidade de reorganização das ações muitas vezes ocorrer internamente à equipe.

Em que pesem os resultados da análise terem demonstrado diferença significativa favorável à ESF para algumas questões específicas representativas de estrutura, na totalidade dessa dimensão essa constatação não foi possível. O estudo de Moura e colaboradores¹¹ corrobora com esses achados, visto que foram evidenciadas deficiências no ambiente físico, nos recursos materiais e pessoal, tanto em unidades de ESF quanto em UBS tradicionais nos dois municípios baianos avaliados. Tais autores chamam a atenção que, embora haja uma longa cadeia causal entre a estrutura dos serviços e seus efeitos, além do envolvimento de diversos atores¹², existe a necessidade de se considerar os componentes estruturais na avaliação e na gestão dos serviços de saúde¹¹ (MOURA et al., 2010).

Para o conjunto de questões da dimensão processo, houve diferença estatisticamente significativa entre os modelos de atenção favorável à ESF. Existem evidências de que as ESF apresentam significativamente maior orientação à AB quando comparada às UBS tradicionais, segundo experiências de profissionais médicos e enfermeiros de Porto Alegre⁴, bem como melhor estrutura e processo de atenção^{5,7}. Assim, o aumento da cobertura da ESF na região pode ocasionar mudanças e qualificar a atenção⁴.

Todavia, tanto para estrutura quanto para processo a média dos valores apresentou-se baixa para o total de unidades de saúde, representando uma adequação de 59% e 48%, respectivamente. Embora em estudo de Facchini e colaboradores⁶ as unidades de ESF tenham apresentado maior adequação na oferta e utilização de ações de saúde, também foi constatado um contexto de baixa efetividade tanto nas ESF quanto nas UBS tradicionais.

Considerações finais

Esse estudo permitiu a identificação de diferenças entre os modelos de atenção, com a ESF apresentando, de modo geral, melhores condições organizacionais e de atividades realizadas, embora persistam ainda inúmeras fragilidades nos processos de trabalho, bem como nas dimensões estruturais. Para a dimensão estrutura, não foi possível identificar diferença significativa entre os modelos de atenção. Além disso, pôde ser constatado um baixo desempenho em ambas as dimensões.

Também, foi possível às unidades de saúde a identificação de seu desempenho na dimensão estrutura e processo, subsidiando a tomada de decisões no que concerne à sua governabilidade. Complementarmente, as entrevistas trouxeram contribuições qualitativas para potencializar a incorporação dos resultados da avaliação por profissionais da saúde e gestores.

Sendo assim, esses resultados permitem a elaboração de um planejamento baseado nas necessidades e a proposição de melhorias para a qualificação do serviço prestado à população.

Não se pretende a generalização desses achados, mas um aperfeiçoamento na qualidade dos serviços de atenção básica da RS do Rio Pardo levando-se em conta o contexto da região. Nesse sentido, a divulgação e a apropriação dos

resultados fazem-se mister tanto para os gestores, detentores de governabilidade capazes de implementar políticas na gestão, quanto para os trabalhadores “da ponta” capazes de desencadear mudanças imediatas em nível local. Embora a divulgação dos resultados encontrados para a RS do Rio Pardo se constitua em “pontapé inicial” para a incorporação dos resultados das avaliações, permanece ainda o desafio de como torná-las processos contínuos capazes de efetivamente modificar as práticas e motivar profissionais e gestores na constante busca pela melhoria da saúde da população.

Ressalte-se que o presente estudo se propôs a analisar as dimensões de estrutura e processo, sem a verificação de resultados, sendo importante a complementação com outros estudos capazes de medi-los, como, por exemplo, os que verificam a percepção da qualidade dos serviços sob o ponto de vista de usuários e gestores municipais.

Referências bibliográficas

1. Andrade LOM; Bueno ICHC; Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS; Minayo MCS; Akerman M; Drumond Jr M; Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Ed. Fiocruz; 2006. p.783-836
2. Castanheira ERL; Nemes MIB; Almeida MAS; Puttini RF; Soares ID; Patrício KP et al. Quali AB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde Soc [periódico na internet]. 2011 [acesso em 22 fev 2012];20(4):935-947. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>
3. Castanheira ERL; Dalben I; Almeida MAS; Puttini RF; Patrício KP; Machado DF et al. Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade [periódico na internet]. 2009 [acesso em 10 out 2011];18 supl.2:84-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/14.pdf>
4. Castro RCL; Knauth DR; Harzhein E; Hauser L; Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre os diferentes tipos de serviços. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2012 [acesso em 09 de janeiro de 2013];28(9):1772-1784. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>
5. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação de mestrado na internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. [acesso em 12 fev 2012]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24606/000747716.pdf?sequence=1>
6. Facchini LA; Piccini RX; Tomasi E; Thumé E; Silveira DS; Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 7 jan 2013];11(3):669-681. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30982.pdf>
7. Ibañez N; Rocha JSY; Castro PC; Ribeiro MCSA; Forster AC; Novaes MHD et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2006 [acesso em 11 nov 2011];11(3):683-703. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>
8. Mendes EV. Agora mais do que nunca. Uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, CONASS, 2009.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
10. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família-PSF. Brasília DF; 1999.
11. Moura BLA; Cunha RC; Fonseca ACF; Aquino R; Medina MG; Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant [periódico na internet]. 2010 [acesso em 9 jan 2012];10(Supl.1):S69-S81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07.pdf>
12. Silveira DS; Santos IS; Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 22 abr 2013];17(1):131-139. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

Atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: uma proposta de critérios

Preferential treatment in Pharmacies of Specialized Drugs of State of São Paulo Health Secretariat: a proposal for criteria

Alexandra Mariano Fidêncio Casarini^I, Luiza Sterman Heimann^{II}

Resumo

Introdução – O estado de São Paulo conta, no componente especializado da assistência farmacêutica, com quarenta farmácias que atendem pacientes portadores de doenças de alta complexidade. A legislação assegura atendimento preferencial para grupos específicos de pessoas, mas não contempla prioridades com base em critérios clínicos. **Objetivo** – Analisar a adequação das regras previstas em legislação para atendimento preferencial ante as reais necessidades dos pacientes cadastrados nas farmácias, com vistas à elaboração de uma proposta de critérios de atendimento. **Métodos** – Pesquisa qualitativa que utilizou o método da pesquisa-ação. Participaram do estudo nove farmácias selecionadas por critérios intencionais, cujos farmacêuticos e técnicos foram os sujeitos da pesquisa. **Resultados** – Em média, 46,88% dos pacientes atendidos são idosos. Os usuários solicitam atendimento preferencial por diferentes motivos, além dos previstos em legislação: clínicos, sociais, relacionados à estrutura da farmácia e a processos de trabalho. **Conclusão** – As regras previstas em legislação para atendimento preferencial não atendem na integralidade às necessidades dos pacientes cadastrados nas farmácias. Identificou-se a necessidade de elaborar critérios específicos para concessão deste tipo de atendimento. Como produto da pesquisa elaborou-se uma proposta de critérios apresentada na forma de “Guia de Orientações para Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados”.

Palavras-chaves: Atendimento Preferencial; Critérios de Atendimento; Farmácias de Medicamentos Especializados; Guia.

Abstract

Introduction – The State of São Paulo has, in specialized component of pharmaceutical care, with forty pharmacies serving patients with highly complex diseases. The legislation ensures preferential treatment for specific groups of people, but does not include priorities based on clinical criteria. **Objective** - Examine the adequacy of the rules contained in legislation for preferential service across the real needs of patients registered in pharmacies, with a view to preparing a proposal for criteria of care. **Methods** – Qualitative research that used the method of Action Research. The study included nine selected by intentional criteria pharmacy whose pharmacists and technicians were the subjects. **Results** – On average 46.88% of treated patients are elderly. Users request preferential treatment for different reasons than those provided for in legislation: clinical, social, related to the structure of pharmacy and the work processes. **Conclusion** – The rules contained in legislation to preferential treatment do not meet the full needs of patients registered in pharmacies. Identified the need to develop specific grant for this type of care criteria. As a product of the research was elaborated a proposal of criteria presented in the form of “Guidance for Preferred Care in Pharmacies Specialized Medicines”.

Keywords: Customer Preferred; Service Criteria; Pharmacies of Specialized Medicines; Guide.

^I Alexandra Mariano Fidêncio Casarini (acasarini@saude.sp.gov.br) é farmacêutica, mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde/SES-SP), pesquisadora do Grupo de Pesquisa de Avaliação de Tecnologia de Saúde do Instituto de Saúde (IS/SES-SP) e Diretora Técnica de Saúde II, do Grupo de Assistência Farmacêutica, da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde (GAF/CCTIES/SES-SP).

^{II} Luiza Sterman Heimann (luizash@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, pesquisadora líder do grupo de pesquisa em Serviços e Sistemas de Saúde com as linhas de Avaliação em Saúde e Políticas Públicas e Sistemas de Saúde (IS/SES-SP), docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP) e Diretora do Instituto de Saúde (IS/SES-SP).



Introdução

As Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) são serviços de saúde que integram o SUS, portanto suas atividades devem ser desenvolvidas de acordo com os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, entre eles o da igualdade na assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.¹

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) conta com uma rede de 40 FME, distribuídas entre os 17 Departamentos Regionais de Saúde que conformam as Redes Regionais de Atenção à Saúde, para atendimento de aproximadamente 568.000 pacientes/mês^{III} portadores de doenças de alta complexidade, previstas no Componente Especializado da Assistência

Farmacêutica^{IV} e nos Protocolos e Normas Técnicas Estaduais.

No estudo exploratório realizado em setembro/2012 a partir dos dados dos Sistemas MEDEX^V e SIA/SUS^{VI} quanto à faixa etária dos pacientes cadastrados nas 40 FME, observou-se que 48,36% são idosos, mas em várias delas este percentual é superior a 50%.

As pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, os idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo têm direito ao atendimento prioritário, obrigatório nas repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos, por

^{IV} O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.⁹

^V Sistema informatizado adotado pela SES/SP para monitoramento da execução do CEAF e controle da dispensação de medicamentos.

^{VI} Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

^{III} Sistemas MEDEX e SIA/SUS, Setembro de 2012.

meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato, de acordo com o disposto na Lei Federal nº 10.048/2000 (regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.296/2004) e na Lei nº 10.471/2003 que instituiu o Estatuto do Idoso.^{2,3,4}

As FME não possuem critérios definidos e padronizados para atendimento preferencial de usuários que possuem este direito assegurado em legislação, assim como para vários outros casos específicos que surgem no dia a dia.

A SES/SP tem sido questionada sistematicamente pela Procuradoria Geral de Justiça do Estado de São Paulo quanto ao cumprimento de atendimento preferencial nas FME de acordo com o disposto nas legislações vigentes, principalmente com referência ao cumprimento do Estatuto do Idoso. No entanto, realizar atendimento preferencial em serviços de saúde não é simplesmente dar cumprimento à lei. Pois, a maioria dos pacientes cadastrados, independentemente da idade, tem doenças crônicas de alta complexidade que também podem demandar inúmeras situações prioritárias de atendimento em função dos agravos que ocorrem na fase evolutiva das doenças.

O acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser fundamentado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, de acordo com as disposições do Ministério da Saúde.⁵

Para obter respostas que possam embasar a elaboração de critérios para o atendimento preferencial, incluindo os previstos em legislação, sem infringir o princípio da igualdade na assistência à saúde, com vistas à qualificação dos serviços de farmácia e humanização do atendimento, é fundamental estudar o que de fato ocorre no atendimento das FME.

Objeto

Analisar a implementação do atendimento preferencial nas FME da SES/SP, segundo a legislação prevista e as necessidades dos pacientes cadastrados, com vistas à elaboração de uma proposta de critérios de atendimento.

Foram elencados os seguintes objetivos específicos para desenvolvimento do estudo: traçar o perfil dos pacientes cadastrados nas FME; caracterizar o atendimento das FME; identificar a demanda de atendimento preferencial nas FME; identificar as regras existentes sobre atendimento preferencial e propor critérios de atendimento preferencial, diante das necessidades dos pacientes cadastrados nas FME.

Método

Pesquisa qualitativa com utilização do método de pesquisa-ação, adotado por permitir a participação ativa dos sujeitos que vivenciam na prática cotidiana a situação-problema investigada. Para adequação dos princípios da pesquisa-ação ao objeto de investigação, adotaram-se como referenciais teóricos os estudos realizados por Engel⁶, Gil⁷, Terence e Escrivão Filho¹⁰, Thiollent¹¹ e Tripp.¹²

Considerando os princípios da pesquisa-ação, a abordagem qualitativa do estudo, as diversidades das FME e a viabilidade operacional, as nove FME incluídas no estudo foram selecionadas pelos seguintes critérios e intencionalidades: realizar atendimento de pacientes em tratamento de qualquer uma das situações clínicas previstas no CEAF, o que permitiria identificar a diversidade de motivos que possam demandar atendimento preferencial; realizar dispensação de medicamentos a pacientes pelo sistema informatizado MEDEX, o que possibilitaria a coleta de dados secundários referentes a pacientes

cadastrados, com o objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes atendidos, segundo a faixa etária e morbidade; e estar localizada na abrangência de regiões de saúde tanto da capital quanto do interior do estado de São Paulo. Os farmacêuticos e técnicos das FME foram os sujeitos “participantes” da pesquisa.¹²

O método da pesquisa-ação envolveu a aplicação de instrumentos e técnicas diferenciadas. O “Seminário” foi eleito como técnica principal, por intermédio da qual outros instrumentos para coleta de dados foram elaborados e aplicados nas FME pela equipe formada pelo pesquisador e sujeitos “participantes”, para cumprimento dos objetivos específicos do estudo, conforme ilustrado na figura 1:



Resultados e discussão

No estudo do perfil dos pacientes atendidos, segundo a faixa etária, realizado com base nos dados coletados no Sistema Medex no mês de setembro/2012, identificou-se que 1,70% eram crianças de colo e 46,88% idosos, os quais possuem direito ao atendimento preferencial assegurado em legislação. Somente por estas duas situações, as FME obrigatoriamente devem prestar

atendimento preferencial minimamente para cerca de 50% dos pacientes cadastrados. Para tanto, todas deveriam ter guichês destinados ao atendimento preferencial dos pacientes, ao menos em proporção equivalente, para cumprimento das Leis Federais nº 10.048 e nº 10.741.^{2,3}

Quanto à morbidade, observou-se que 81,28% dos pacientes atendidos apresentam uma das dez morbidades de maior frequência entre as 85 registradas no Medex e classificadas segundo a CID-10^{vii} no período: esquizofrenia (14,96%), dislipidemias (14,18%), asma (9,98%), glaucoma (9,11%), doença de Alzheimer (7,87%), doença pulmonar obstrutiva crônica (6,96%), insuficiência renal crônica (6,45%), artrite reumatoide (4,63%), órgãos e tecidos transplantados (4,39%) e doença de Parkinson (2,75%).

Ao analisar a distribuição de pacientes atendidos nas FME, cruzando faixa etária e as morbidades mais frequentes, observou-se que a maioria dos pacientes acometidos está na faixa etária de quatro a 59 anos. Os pacientes podem apresentar na fase evolutiva dessas doenças, situações clínicas como agitação, nervosismo, dispneia, dor, imunossupressão, entre outras, e consequentemente gerar necessidade de atendimento preferencial. Tais situações, quer seja pela faixa etária, quer seja pelo desfecho clínico, não estão contempladas pelas legislações que asseguram direito ao atendimento preferencial aos usuários.

Na caracterização do setor de atendimento das nove FME selecionadas, realizada no mês de setembro/2012, observaram-se várias diferenças quanto: ao período de funcionamento dos serviços; ao número de pacientes atendidos por guichê do setor de dispensação; ao percentual

^{vii} Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

de guichês destinados ao atendimento preferencial de pacientes; ao processo de identificação dos guichês; à capacidade de funcionamento dos guichês, considerando o número de guichês e de funcionários disponíveis para atendimento dos pacientes; e quanto ao tempo médio de espera para atendimento.

As diferenças observadas evidenciaram que problemas estruturais, como mau dimensionamento da quantidade e dos tipos de guichês para atendimento dos pacientes, assim como recursos humanos insuficientes e ausência de processos de atendimento padronizados, aumentam o tempo de espera dos pacientes, podendo acarretar em mais demandas de atendimento preferencial.

Desta forma, o redimensionamento do número de guichês para atendimento preferencial é fundamental para redução do tempo de espera de atendimento dos pacientes, principalmente porque os idosos requerem atenção especial na dispensação de medicamentos, como por exemplo, repetição das informações prestadas de forma clara, pausada, maior tempo para assinatura do Recibo de Medicamentos Especializados (RME), assim como para guarda dos medicamentos que estão sendo retirados, para sentar-se e levantar-se.

Na identificação da demanda de atendimento preferencial nas FME foram registradas 21.359 solicitações de atendimentos preferenciais, no período de 20/12/12/ a 28/02/13, por diferentes motivos classificados em situações previstas em legislação (91,05%), clínicas (5,43%), sociais (2,71%), relacionadas aos processos de trabalho nas farmácias (0,69%) e à estrutura (0,12%). Em média, 62,41% das solicitações de atendimento preferencial foram demandadas pelos próprios pacientes e as demais solicitadas por seus representantes.

Pela ausência de critérios estabelecidos para atendimento preferencial, privilégios foram concedidos a funcionários públicos ou da instituição onde as FME estão instaladas e aos representantes dos pacientes.

Conceder privilégio significa favorecer alguém ou um grupo em detrimento da maioria. As ações e os serviços devem obedecer aos princípios da Lei Orgânica da Saúde, entre eles “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.¹

Identificou-se que vários pacientes se declaram portadores de deficiências para receber atendimento preferencial, porém, se negam a esclarecê-las. Diante desta dificuldade, discutiu-se a importância da implantação de cadastro específico para usuários que necessitem de atendimento preferencial, tanto para evitar o constrangimento de eles terem que se justificar a cada atendimento, quanto para atender preferencialmente quem realmente necessite.

A solução de problemas como o desrespeito aos direitos dos usuários, a fragmentação dos processos de trabalho no interior dos serviços de saúde, a redução das filas e o tempo de espera nos serviços são algumas das prioridades da Política Nacional de Humanização⁸ que devem ser consideradas na gestão dos serviços de saúde.

Na busca e avaliação de literaturas técnicas e científicas não foram encontrados estudos realizados sobre atendimento preferencial em serviços de farmácia, impossibilitando a comparação dos resultados obtidos na pesquisa com outros trabalhos científicos. Nesse sentido, este estudo poderá servir de referência para outros serviços, principalmente no âmbito do componente especializado, considerando que os gestores dos outros estados da Federação devem enfrentar a mesma problemática em suas farmácias de medicamentos especializados.

O método de pesquisa-ação adotado para o desenvolvimento do estudo mostrou-se bastante adequado, pois permitiu melhor compreensão da situação-problema, interpretada segundo a perspectiva dos participantes, possibilitando aos sujeitos da pesquisa oportunidade de qualificação e protagonismo, incentivando-os para a prática transformadora no âmbito da saúde coletiva.

Produtos da pesquisa

Com base nos resultados obtidos no estudo, por meio de diálogo estruturado com os participantes nos seminários, foram elaborados os seguintes produtos para atender ao objetivo específico de propor critérios de atendimento preferencial, ante as necessidades dos pacientes cadastrados nas FME:

- Guia de Orientações com critérios específicos para Atendimento Preferencial em Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- Formulário de Solicitação para Atendimento Preferencial nas FME da SES/SP (Situações Previstas em Legislação);
- Formulário de Solicitação para Atendimento Preferencial nas FME da SES/SP (Situações Clínicas);
- Modelo de Declaração Autorizadora para que outras pessoas possam representar o paciente nas FME para solicitação e retirada de medicamentos.

Conclusão

As regras existentes para atendimento preferencial são as previstas em legislações. Somente as pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, os idosos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas

por crianças de colo, têm direito ao atendimento preferencial, obrigatório nas repartições públicas. Nas regras da legislação se enquadram cerca de 50% dos pacientes cadastrados nas FME estudadas, considerando que em média 1,70% são crianças de colo e 46,88% idosos.

Nas FME há solicitações de atendimento preferencial motivadas por outras situações de diversas naturezas, não previstas em legislação: clínicas, sociais e relacionadas à estrutura da farmácia e a processos de trabalho.

Problemas de estrutura e relacionados a processos de trabalho dos serviços influenciam no tempo de espera e no cumprimento do atendimento preferencial.

Na análise da implementação do atendimento preferencial nas FME, segundo a legislação prevista e as necessidades dos pacientes cadastrados, concluiu-se que o atendimento preferencial não está sendo cumprido integralmente.

Para viabilizar o atendimento preferencial nas FME com vistas ao cumprimento das legislações vigentes, sem infringir o princípio de igualdade na assistência à saúde, é necessária a implementação de critérios específicos de atendimento, elaborados como produto da pesquisa.

Recomendações

Visando à qualificação dos serviços prestados nas FME para promoção do acesso igualitário e assistência humanizada aos usuários do SUS, as seguintes recomendações poderiam ser úteis para o aprimoramento do atendimento preferencial nas FME: informatização do cadastro e monitoramento do atendimento preferencial nas FME pelo Sistema MEDEX; implantação de sistema eletrônico de distribuição de senhas com controle do tempo de espera para atendimento automatizado em todas as FME; construção

de parâmetros para o redimensionamento do número e tipos de guichês para atendimento preferencial no setor de dispensação de medicamentos das FME; identificação dos guichês de todas as FME por tipo de atendimento realizado de forma padronizada; capacitação dos farmacêuticos e técnicos das FME sobre atendimento preferencial por meio da implementação do Guia de Orientações para Atendimento Preferencial; e fixação de “Painel” no setor de atendimento das FME, elaborado diante dos resultados obtidos no estudo, como estratégia de sensibilização dos usuários no período de implementação do Guia de Orientações.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 3 fev 2012] Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Brasil. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 20 nov 2011] Diário Oficial da União. 9 nov 2000; Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm
3. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 20 nov 2011] Diário Oficial da União. 3 out 2003; Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
4. Brasil. Decreto-Lei nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade [decreto na internet]. [acesso em 20 nov 2011] Diário Oficial da União. 3 nov 2004; Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
5. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [decreto na internet]. [acesso em 3 fev 2012] Diário Oficial da União. 29 jun 2011; Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
6. Engel GI. Pesquisa-ação. Educar [periódico na internet]. 2000 [acesso em 14 jul 2012];16:181-191. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/er/n16/n16a13.pdf>
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa [monografia na internet]. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2002 [acesso em 14 jul 2012] Disponível em: http://www.academia.edu/4405328/GIL_Antonio_Carlos_COMO_ELABORAR_PROJETOS_DE_PESQUISA_Copia
8. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [monografia na internet]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 19 nov 2011] Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicações/humanizasus_2004.pdf
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. [acesso em 17 ago 2013]. Diário Oficial da União. 31 jul 2013; Seção 1. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt_1554_30_07_2013.html
10. Terence ACF, Escrivão Filho E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: 26. Encontro Nacional de Engenharia de Produção [evento na internet]; 2006; Fortaleza, BR. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Engenharia de Produção; 2006 [acesso em 14 jul 2012]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf
11. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18.ed. São Paulo: Cortez; 2011.
12. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa [periódico na internet]. 2005 [acesso em 14 jul 2012];31:443-466. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3>

Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de enfermagem em equipes de Saúde da Família

Reception of alcohol users by nursing professionals of Family Health Teams

Celso Luís de Moraes^I Maria de Lima Salum e Morais^{II}

Resumo

Este estudo teve como objetivo conhecer como os profissionais de enfermagem em equipes de Saúde da Família realizam o acolhimento a usuários com queixas relacionadas ao uso problemático de álcool. Para tanto, com o auxílio de uma abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais de enfermagem que atuavam em equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Campinas– SP. A análise foi baseada na técnica de análise de conteúdo. As queixas relacionadas ao uso de álcool estiveram presentes de diversas formas na rotina do acolhimento, sendo percebidas como problemas e como fatores relevantes pelos profissionais entrevistados. Contudo, esses profissionais também apresentaram o argumento de não haver muito a oferecer para o usuário de álcool na Unidade Básica de Saúde. Essa concepção resulta no encaminhamento dos casos detectados a outros profissionais ou serviços especializados. As enfermeiras mostraram, ainda, preocupação em relação à falta de treinamentos e capacitações para a equipe, destacando que é dado um enfoque grande às doenças crônico-degenerativas em detrimento de outras áreas, como a da dependência química. Também não houve, nos relatos, menção a estratégias do serviço de busca ativa dos casos. Conclui-se que, para a realização do potencial da equipe no acolhimento dos casos de abuso de álcool, é necessário que se estabeleça um programa continuado de treinamento que vise à capacitação dos acolhedores para detectar problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica e que os oriente nas eventuais dificuldades que venham a enfrentar, por meio de uma metodologia que favoreça a participação ativa e o diálogo.

Palavras-chaves: Prevenção Primária; Acolhimento; Cuidados de Enfermagem; Alcoolismo.

Abstract

This study aimed to understand how nursing professionals of Family Health Teams receives users of Primary Care Services whose complaints are related to problematic alcohol use. To do so, it was realized a qualitative study, based on semi-structured interviews with 15 nursing professionals working in Family Health Teams of a Basic Health Unit of Campinas, SP. The data analysis was based on the technique of content analysis. Complaints relating to alcohol were present in various forms in routine care, and were perceived as problems and as relevant factors by interviewees. However, these professionals also argued that there was not much to offer to alcohol drinkers in the Basic Health Unit. This understanding resulted in the referral of detected cases to other professionals or to specialized services. The nurses also expressed concern with the lack of staff training, and argued that more focus is given to chronic diseases than to other areas, such as chemical dependency. In their reports, there was not either mention to strategies for active cases search. It is concluded that, for the realization of staff potential for the reception of cases of alcohol abuse, it is necessary to establish a sustaining training program aimed at professionals' qualification to detect problems related to alcohol consumption, and to guide them in possible difficulties that they may face. In order to do this, there must be used a methodology that encourages active participation and dialogue.

Keywords: Primary Prevention; Reception; Nursing Care; Alcoholism.

^I Celso Luis de Moraes (socorrouni@gmail.com) é enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), enfermeiro da Atenção Básica do município de Campinas – SP

^{II} Maria de Lima Salum Morais (Salum@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde SES/SR Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP),



Introdução

Entre todas as substâncias lícitas e ilícitas, o álcool é aquela que mais danos causa à saúde e ao bem-estar, sendo a mais grave do ponto de vista da saúde pública¹⁵. Seus graves efeitos se estendem a questões sociais e familiares, e a família do usuário passa por prejuízos tanto psicossociais como econômicos⁷. Do ponto de vista psicossocial, as condições geradoras e decorrentes do abuso de álcool refletem-se em alterações indesejáveis de comportamento e em sofrimento psíquico, tanto para o consumidor da bebida quanto para os que o cercam. Na perspectiva social e econômica, o principal problema é a relação com o trabalho, que pode ser interrompida ou muito prejudicada, e o gasto excessivo com consumo de bebidas, fatos que restringem as possibilidades de sustento ou de apoio financeiro à família. Apesar da importância desse problema na saúde pública, esse assunto é pouco presente na Atenção Básica². Quando os

usuários procuram ajuda para problemas relacionados à bebida, geralmente se encontram em estágios avançados de comprometimento³.

Do ponto de vista epidemiológico, o total de mortes devido ao uso problemático do álcool chega a 2,5 milhões ao ano em todo o mundo²⁹. Segundo Rehm et al (2009)²², em 2004, 4,6 % dos anos potenciais de vida perdidos por incapacidade foram em decorrência do uso de álcool. No Brasil, estudo de 2005, que envolveu amostra com mais de três mil entrevistados em 143 municípios¹⁰, revelou que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchiam os critérios para serem classificados como dependentes de álcool.

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área de problemas advindos do uso de substâncias psicoativas ocorreram no início do século XX¹². Até a segunda metade daquele século, prevaleceu uma abordagem mais relacionada à ordem e à segurança nas questões relacionadas às substâncias psicoativas. Foi a partir de 1970 que o setor saúde passou a influenciar as ações de

governo referentes ao tema, sem alterar a linha de repressão e controle da política vigente e fortalecendo uma tendência à medicalização do tema.

A partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, o Ministério da Saúde passou a atuar de forma mais efetiva na atenção à questão da dependência e uso abusivo de substâncias psicoativas, com ações na linha de Saúde Mental dirigidas aos usuários de substâncias psicoativas¹⁷.

A Política Nacional para a Atenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas vigente, além do enfoque de ações na Atenção Básica, propõe serviços que incluem em suas atividades os princípios da política de Redução de Danos¹⁸, definida como um conjunto de políticas e programas, que visam a reduzir as consequências negativas relacionadas à saúde e a aspectos sociais e econômicos decorrentes do consumo de substâncias que alteram o comportamento¹⁸. Nessa perspectiva, a abstinência não é o único nem o principal foco da proposta de tratamento¹⁹.

Embora a Atenção Básica seja pensada como estratégica para o atendimento inicial à população em relação a quaisquer problemas ou queixas relacionadas à saúde, os serviços da Atenção Básica geralmente não têm sido os primeiros a serem buscados pelos usuários para o enfrentamento dos seus problemas de saúde²⁰. Dada a baixa frequência de demandas relacionadas ao uso de álcool na Atenção Básica⁸, surgem questionamentos sobre como se dá a atenção ao usuário de álcool na prática diária de seus serviços. É importante entender como ocorre esse cuidado dentro da Estratégia de Saúde da Família e tentar buscar respostas para a baixa detecção dos casos. Tal fenômeno é uma das indagações que motivaram o presente trabalho.

Em Campinas, dentro do atual modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma importante prática de atendimento à população é

o acolhimento. Trata-se, segundo Franco⁹, de uma diretriz operacional que tem por fim inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, historicamente centradas na consulta médica. Acolher é uma maneira de atender ao usuário do serviço procurando garantir o acesso às equipes de referência mediante uma escuta qualificada, a partir da qual a equipe de saúde busca solucionar os problemas que podem ser resolvidos na unidade e garantir o encaminhamento para serviços de referência quando indicado⁶.

Na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campinas, com exceção do acesso a consultas e procedimentos agendados, ao chegar à unidade, o usuário é acolhido por um auxiliar de enfermagem que ouve a sua demanda, buscando dar o direcionamento mais adequado e resolutivo para ela²⁶. Nesses atendimentos, surgem muitas vezes queixas e relatos de temas complexos e cercados de preconceitos como violência doméstica e dependência de substâncias, entre outros, que podem passar despercebidos como pedidos de ajuda. Assim, a possibilidade de detecção precoce dos casos de uso nocivo de álcool nesse contexto passa, em grande parte, pela equipe de enfermagem²⁴.

Dentro dessa realidade da ESF, em que a equipe de enfermagem é de grande importância para a detecção de problemas de saúde da população, e diante da questão inicial sobre quais seriam as explicações para a baixa detecção de problemas associados ao uso de álcool na Atenção Básica, surgem outras perguntas, tais como: quais atitudes são tomadas e quais direcionamentos são realizados pelos profissionais de enfermagem diante de queixas relacionadas ao uso de álcool? Até que ponto a equipe de enfermagem na ESF está capacitada para atuar e intervir nessa questão?

Um estudo qualitativo realizado com profissionais do programa de Saúde da Família no

estado do Amazonas mostrou que médicos e enfermeiros que trabalham nessa área não sabiam como atuar em relação a problemas concernentes ao consumo de álcool na sua prática diária²¹. Souza²⁵, em estudo que analisou os cadastros do programa de Saúde da Família, observou que o número de cadastrados com diagnóstico de dependência de álcool não chegava a 1%, evidenciando um nível de detecção muito baixo.

O fato é que, na Atenção Básica, muito pouco tem sido feito em relação à prevenção do alcoolismo e de doenças orgânicas associadas ao álcool^{23,8}. No entanto, há um potencial de ações de prevenção a ser explorado. O desafio é construir caminhos para transformar o potencial em ações efetivas: não só oferecer alternativas de intervenção para os casos relacionados ao abuso de álcool, mas também propiciar aos trabalhadores da saúde sensibilidade para detectá-los precocemente e conhecimento suficiente para dar a eles o direcionamento adequado.

Tendo em vista o quadro apresentado, este estudo teve como objetivo conhecer como os profissionais de enfermagem de equipes de Saúde da Família realizam o acolhimento a usuários com queixas relacionadas ao uso do álcool, com o intuito adicional de contribuir com sugestões no sentido de solucionar os problemas levantados.

Método

O campo de estudo desta pesquisa foi o Centro de Saúde Jardim Aeroporto, na região sudoeste de Campinas. A área de abrangência dessa unidade envolve 19 bairros, com, entre eles, algumas áreas de ocupação irregular, e conta com quatro equipes de Saúde da Família que atuam na lógica do acolhimento. Na época da pesquisa, a população adscrita era de 17.102 pessoas.

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, envolvendo 15 profissionais de enfermagem

que atuavam em equipes de Saúde da Família da unidade mencionada. Três dos entrevistados eram enfermeiras e 12 eram auxiliares de enfermagem. A amostra deste estudo é caracterizada como intencional ou deliberada²⁷.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. Foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras. Para análise foi utilizada a técnica da análise de conteúdo^{2,5,16}. Da análise emergiram quatro categorias: acolhimento ao usuário com queixas relacionadas ao álcool; acolhimento e uso do álcool como problemática familiar e social; condutas adotadas no acolhimento de usuários de álcool; e acolhimento aos usuários de álcool: um olhar das enfermeiras.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde de São Paulo, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 CNS (Conselho Nacional de Saúde) e aprovado sob o parecer CEPIS nº 131345.

Resultados e discussão

As queixas relacionadas ao uso/abuso de álcool estão presentes de diversas formas na rotina do acolhimento e são percebidas como problemas e como fatores relevantes pelos profissionais entrevistados. Em vários depoimentos, foi revelada preocupação em relação à saúde dos usuários com queixas relacionadas ao consumo abusivo de álcool, como mostra a fala a seguir:

“elas têm algum tipo de sofrimento; se a pessoa toma todo dia, tem algum tipo de sofrimento; a pessoa usa a bebida como válvula de escape.” (E9-enf)

Essa preocupação denota uma atitude positiva em relação ao atendimento a esses casos.

Outros estudos sobre trabalhadores de enfermagem e alcoolismo também indicaram atitudes positivas dos profissionais em relação ao atendimento a usuários de álcool, como a valorização do tema como importante problema de saúde²⁸ e o interesse em refletir sobre ele¹³.

Os acolhedores manifestaram preocupação com os consumidores de bebida alcoólica, alguns já em uso nocivo da substância, que ainda não se enquadram como dependentes, mas podem, em situações de crise, perder o controle do uso⁴, como se observa no seguinte depoimento:

“a pessoa pode beber socialmente, na verdade, no final de semana (...). E, às vezes, pode ter um problema pessoal e ela acaba desviando o foco dela para a bebida. Passa a beber todos os dias e torna-se um vício.” (E2)

Estudo de 2012 sobre os padrões de consumo de álcool da população brasileira acima de 14 anos, envolvendo mais de três mil sujeitos, encontrou evidências de que cerca de 50% das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool se enquadram entre os bebedores de baixos volumes de bebida⁴. Para esse grupo de usuários podem ser implementadas estratégias de prevenção na rede básica de saúde e é factível crer que a atuação dos serviços de Atenção Básica pode ser potencializada e ter impacto significativo no sentido de evitar o agravamento do quadro.

Os entrevistados também revelaram a ideia de que não há muito a oferecer para o usuário de álcool na Unidade Básica de Saúde, como aparece no trecho a seguir:

“na verdade, eu acho que o centro de saúde deveria ter as portas mais abertas pra esse tipo de queixa, porque não tem muito, agora, o que fazer...” (E15)

É um equívoco comum aos profissionais da Atenção Básica considerar que não têm habilidades

ou ferramentas para atuarem na questão do uso do álcool⁴. Essa concepção pode levar ao encaminhamento de todos os casos detectados a outros profissionais ou serviços especializados. Também é comum colocar no mesmo patamar os dependentes de álcool que precisariam ser encaminhados a serviços especializados e aqueles que fazem o uso problemático da bebida, que poderiam ser atendidos na própria unidade básica com resultados promissores¹. Dentro dessa perspectiva, vale ressaltar que o número de pessoas que fazem uso nocivo de bebidas alcoólicas representa proporção bem maior do que a daqueles que estão em estágios avançados de dependência⁴. Estudo sobre o padrão de uso de bebida em adultos no Brasil, realizado entre 2005 e 2006, revelou que o número de entrevistados que relatam episódios de beber pesado ou algum tipo de problema relacionado ao uso do álcool supera em muito o número de dependentes¹¹.

Quanto à situação das equipes para a atuação ante o problema, os resultados mostraram preocupação por parte das enfermeiras em relação à falta de treinamentos e capacitações da equipe, destacando que é dado um enfoque grande às doenças crônico-degenerativas em detrimento de outras áreas, como a da dependência química. A esse respeito, uma das enfermeiras afirmou:

“Eu acho que faz tempo que a gente não tem nenhum tipo de treinamento, nenhum tipo de abordagem com o pessoal da equipe. A gente se foca muito nas doenças crônicas e, na maioria das vezes, não aborda o alcoolismo e o uso de outras drogas como um problema crônico.” (E9-enf.)

Uma das dificuldades para a realização do trabalho, apontada por uma das enfermeiras, é a maneira como o serviço está estruturado, com sobrecarga para os trabalhadores. A sobrecarga de trabalho pode levar a um grau de frustração que faz com que o profissional evite apropriar-se dos casos,

como forma de defesa. Tendo em vista esse quadro, os atendimentos podem deixar de ser espaços de acolhimento e se resumirem a registros pontuais do que é expresso pelo usuário de forma direta, com o encaminhamento que for mais prático, na perspectiva de passar o problema adiante¹⁴. As falas a seguir ilustram esse contexto:

“eu acho que está bem deficiente, sabe, falta um pouco, falta muito ainda, empatia, se colocar no lugar da pessoa, acho que a enfermagem está perdendo um pouco isso.”(E11- enf.)

“acho que vários problemas de estrutura, de tudo, estão deixando as pessoas mais duras.” (E11- enf.)

Para que o acolhimento seja efetivo, é preciso investir no trabalhador, não só em capacitações técnicas, mas buscando despertar a consciência de seu papel social, com resgate dos valores humanos. Além disso, é necessário desenvolver estratégias de estruturação do serviço em que o trabalhador se sinta apoiado e realizado por poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida de outras pessoas¹⁴.

Considerações finais

É do desempenho do acolhedor que depende, em grande parte, a efetividade do atendimento a qualquer tipo de demanda numa Unidade Básica de Saúde. A análise das entrevistas trouxe alguns esclarecimentos na perspectiva de compreender como os profissionais que desempenham o papel de acolhedores atuam nas questões relacionadas ao uso do álcool.

Percebemos, com este estudo, que os profissionais de enfermagem que trabalham no acolhimento têm consciência da gravidade do problema relacionado ao uso do álcool e interesse em melhorar sua atuação. Destaca-se a preocupação com as consequências do problema. No entanto, tais profissionais acreditam não ter muito a

oferecer no seu campo de atuação. É possível que essa crença desestimule os profissionais na abordagem de casos suspeitos, devido à frustração de perceber um problema sem poder oferecer ajuda.

A falta de capacitações e treinamentos relativos ao tema do uso nocivo de substâncias foi ressaltada pelos entrevistados. Também não houve, nos relatos, menção a estratégias do serviço de busca ativa dos casos, ficando isso a cargo da iniciativa pessoal de cada profissional.

Este estudo leva a crer que a equipe de enfermagem que atua no acolhimento, na forma como ocorre nesta Unidade do SUS de Campinas, embora revele certo sentimento de impotência diante do tema, tem potencial para tornar-se agente efetivo na detecção dos casos de uso de álcool em seus diversos graus e de intervenção, visando à promoção à saúde e a prevenção de agravos. Para tanto, é necessário que se estabeleça um programa contínuo de treinamento que vise à capacitação dos acolhedores para detectar problemas relacionados ao uso de álcool e que os oriente nas dificuldades que enfrentarão, por meio de uma metodologia que favoreça a participação ativa e o diálogo.

Referências bibliográficas

1. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
3. Bradley KA, Epler AJ, Bush KR, Sporleder JR, Dun CW, Cochran NE et al. Alcohol-related discussions during general medicine appointments of male VA patients who screen positive for at-risk drinking. J Gen Intern Med. 2002; 17(5):315-26.
4. Caetano R, Mills B, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. The distribution of alcohol consumption and the prevention paradox. Brazil Addic. 2012;107(1):60-68.
5. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. Rev Latino-Am Enferm. 2009; 17(2): 259-64.

6. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Públ* [periódico na internet]. 2000 [acesso em 15 maio 2013];16(2):507-515. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2100.pdf>
7. Fonseca FF. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(4):599 - 604.
8. Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Alcohol drinkers, primary health care and what is "lost in translation". *Interface-Comunic Saude, Educ*. 2011;15(37):573-85.
9. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Públ*. 1999; 15(2):345-53.
10. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
11. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20 maio 2013];32(3):231-41. Disponível em: <http://inpad.org.br/le-nad/divulgacao-cientifica/artigos-em-breve/>
12. Machado AR, Miranda Paulo SC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* [periódico na internet]. 2007 [acesso em dia 10 set 2012]; 14 (3): 801-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>
13. Martins ERC, Corrêa AK. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2004;12(n.esp.):398-405.
14. Matumoto S. O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo;1998.
15. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 26 jul 2013];26(suppl.1):7-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a03v26s1.pdf>
16. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria método e criatividade. 26.ed. São Paulo: Vozes; 2010.
17. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento [portaria na internet]. 2002 [acesso em 10 dez 2011]. Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/8122-336.html?q=
18. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília (DF); 2004a.
19. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde. Relatório de gestão 2011. Brasília (DF); 2012a.
20. Moraes MLS, Pavão MTB. Consumo de álcool na Baixada Santista. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo, LR, organizadores. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. p.97-106. (Temas em Saúde Coletiva, 8)
21. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM, Furtado EF. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35(2): 219-228.
22. Rehm J, Mathers C, Popovaf S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon YPJ. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and Alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373 (9682): 2223 – 33.
23. Ronzani TM. Estigmatización y práctica de profesionales de laAPs referentes al consumo de alcohol. *Psicol: Ciênc Prof*. 2012;32(3): 648-61.
24. Souza LM, Pinto MG. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 17 set 2013];14(2):374-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11245>.
25. Souza MLP. Expansão do PSF e identificação dos problemas relacionados ao abuso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):342-3.
26. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Públ*. 2007;23(2):331 – 40.
27. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003.
28. Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20 maio 2013]; 63(6):1028-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a09v59n1.pdf>
29. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2011 [monografia na internet]. [acesso em 13 maio 2011]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsru-profiles.pdf

Percepções sobre direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV

Perceptions on sexual and reproductive rights of young people who were born with HIV

Daniela Aparecida Cardoso da Silva^I Suzana Kalckmann^{II}

Resumo

No Brasil, a epidemia de aids, que no início estava concentrada em alguns subgrupos populacionais, como homens que fazem sexo com homens, na década de 1990 passa a ser também significativa entre as mulheres heterossexuais, acarretando, associado à introdução e disponibilização da terapia antirretroviral combinada, aumento expressivo do número de crianças que nasciam com HIV. No estado de São Paulo, em 30 de junho de 2012, viviam 872 jovens com 18 anos ou mais de idade, que nasceram com HIV.

O estudo objetivou investigar como a condição de ser portador do HIV ou doente por aids interfere na vida sexual/afetiva de jovens que nasceram com HIV, bem como descrever, sob a ótica desses jovens, como os direitos sexuais e reprodutivos são discutidos e garantidos nos serviços especializados. Trata-se de um estudo qualitativo, com entrevistas gravadas. O roteiro para as entrevistas contou com questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva dos jovens.

Foram incluídos 12 jovens que nasceram com HIV e estão em tratamento ambulatorial no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que concordaram em participar da pesquisa.

Os resultados mostram que os jovens que nasceram com HIV vivenciaram situações típicas a qualquer jovem, portador de uma doença crônica ou não, e que apesar de terem sido submetidos a uma vida que também aconteceu no ambulatório de um hospital, a doença não impediu essas experiências. Sob o ponto de vista dos jovens, os serviços que atendem as crianças/adolescentes e jovens não deram suporte (informação e insumos) à vivência da sexualidade, não garantindo seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chaves: HIV/Aids, Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos, Jovens.

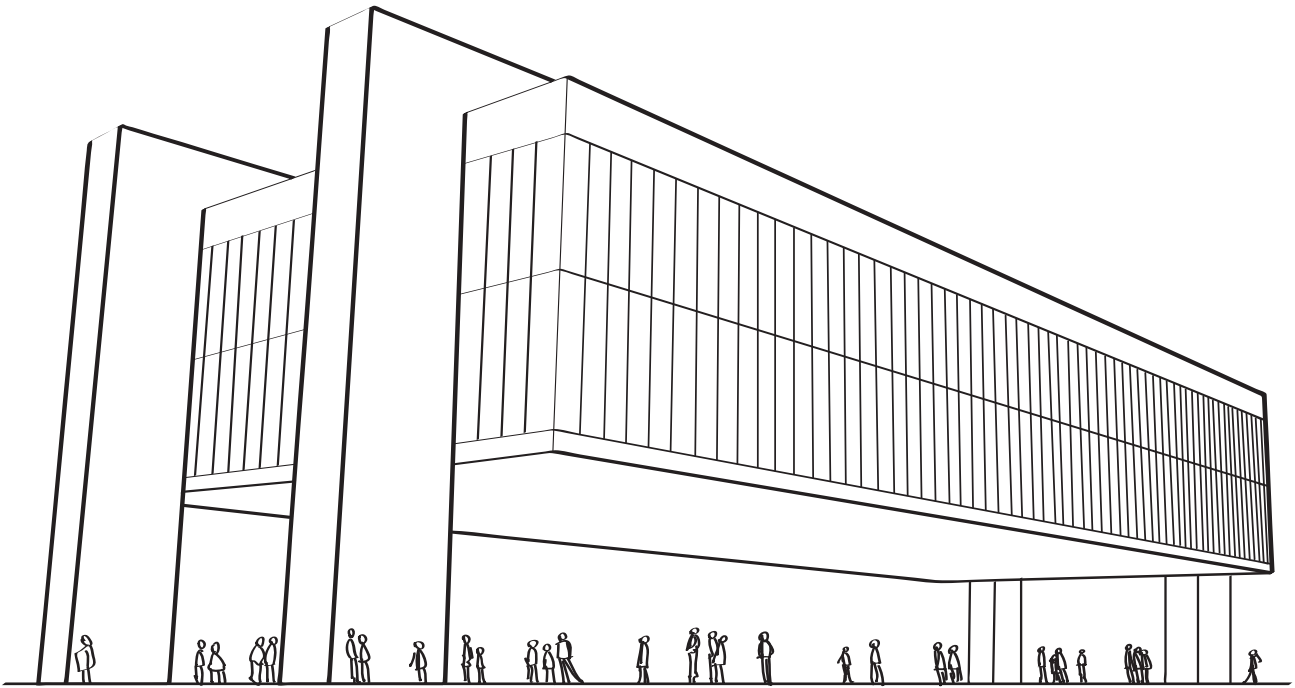
Abstract

In Brazil, the AIDS epidemic, that in the beginning was concentrated in certain population subgroups, such as men who have sex with men, in the 90s was also significant among heterosexual women, leading, associated with the introduction and provision of combined antiretroviral therapy, significant increase in the number of children born with HIV. In the state of São Paulo in June 30, 2012, lived 872 young people aged 18 or older, who were born with HIV. This research aims to investigate how the condition of having HIV or a patient with AIDS interferes with the sexual/emotional life of young people who were born with HIV, as well as to describe, from the perspective of these young people, such as sexual and reproductive rights are discussed and secured in specialized services. This is a qualitative study with taped interviews. The script for the interviews includes questions related to sexual and reproductive health of young life. Twelve 18 years old young people of both sexes who agreed to participate were included in the research, who were born with HIV and are receiving outpatient treatment at the Emilio Ribas Institute of Infectious Diseases. The results show that young people who were born with HIV experienced situations typical to any young person suffering from a chronic disease or not, and despite having undergone a life that also happened in the clinic of a hospital, the disease has not prevented these experiences. From the point of view of young people, services that were supposed to meet the needs of children/adolescents and young people did not give support (information and inputs) to the experience of sexuality, and did not ensure their sexual and reproductive rights.

Keywords: HIV/Aids, Sexual Rights, Reproductive Rights, Youth.

^I Daniela Aparecida Cardoso da Silva (dacscardoso@yahoo.com.br) é psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), psicóloga do Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEAP-DMIP/HCFMUSP) e do Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental Philippe Pinel, ambos da SES/SP.

^{II} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.sp.gov.br) é bióloga, doutora em Ciências da Saúde pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), Pesquisadora Científica VI e diretora do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde SES/SP.



Introdução

No Brasil, a epidemia de aids, no início estava concentrada em alguns subgrupos populacionais, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Na década de 1990 passou a ser também significativa entre as mulheres heterossexuais, acarretando aumento expressivo do número de crianças que nasciam com HIV.

Em território nacional, até julho de 1994, estava registrado um total acumulado de 1.718 casos de aids em crianças, destes, 1.101 (64%) tinham como causa a transmissão vertical¹³.

A taxa de letalidade por aids entre as crianças que nasciam com o HIV na primeira década da epidemia era muito elevada. Entre as sobreviventes, a ocorrência de infecções oportunistas graves era frequente, levando-as a internações sucessivas.

A partir da introdução e disponibilização da terapia antirretroviral combinada^{III} e a melhoria do manejo clínico, a qualidade de vida das crianças que nasciam com o HIV melhorou muito, com redução acentuada da ocorrência de internações e de infecções oportunistas^{6,20}. Diferente do que ocorria no início da epidemia, número significativo de crianças infectadas por transmissão vertical chegou à adolescência e à idade adulta.

No estado de São Paulo, em 30 de junho de 2012, segundo registros do Programa Estadual de DST/Aids, SES, SP, estavam vivos 872 jovens com 18 anos ou mais de idade, que nasceram com HIV. Destes, 451 (51,7%) e 421

^{III} “A partir de 1991, o Ministério da Saúde passou a oferecer, também, a terapia antirretroviral no sistema público de saúde. O número de pacientes atendidos pelo sistema foi aumentando progressivamente, bem como a quantidade de medicamentos distribuídos.”²

(48,3%) eram do sexo feminino e masculino, respectivamente^{IV}.

Diante desse panorama, uma nova questão emerge, exigindo adequações e respostas efetivas dos serviços: como dar assistência à vida sexual e reprodutiva dos jovens que nasceram com HIV, respeitando seus direitos sexuais e reprodutivos.

O Ministério da Saúde, em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, lançou o documento intitulado “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, apresentando as diretrizes do governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, com foco principal no planejamento familiar, destinado aos gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil^{3,9,10}.

Discutir direitos implica discutir responsabilidades, poder, recursos e liberdade de escolha. Segundo Côrrea e Petchesky², o campo dos direitos sexuais e reprodutivos envolve o poder de tomar decisões baseadas em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, exercício da vida sexual, entre outras coisas, bem como recursos para praticar tais decisões de modo confiante e saudável. Nesse sentido, se faz importante considerar as noções de “integridade corporal” e/ou “controle sobre o próprio corpo”, uma vez que também estão em questão as relações estabelecidas de cada indivíduo

com as outras pessoas que o cercam, sejam elas filhos(as), parceiros(as) sexuais, familiares, colegas de trabalho, a sociedade, de modo geral.

O presente artigo objetiva descrever, sob a ótica de jovens que nasceram e vivem com HIV/aids, como os direitos sexuais e reprodutivos são discutidos e garantidos no serviço ambulatorial especializado em que realizam seu tratamento.

Método

Para responder aos objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório visando a compreensão dos relatos sob uma ótica individual e coletiva acerca da condição de ser HIV positivo desde o nascimento, construída em um contexto histórico, social e relacional, levando em consideração os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos.

As entrevistas realizadas foram analisadas com auxílio do método de “Análise de conteúdo”¹, tiveram duração média de 50 minutos e, de modo geral, todos os participantes se mostraram receptivos. A maioria das entrevistas foi realizada por telefone.

O instrumento utilizado foi um questionário com questões sobre sexo, cor, idade, orientação sexual, apoio familiar, escolaridade, vida profissional e seguido por um roteiro de perguntas abertas sobre o exercício da vida sexual e reprodutiva e sobre a percepção dos entrevistados quanto à atuação dos serviços acerca dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Foram incluídos 12 jovens que estão em tratamento ambulatorial no Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), provenientes de um serviço especializado em HIV/Aids, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que foram infectados por transmissão vertical e que concordaram em participar da pesquisa, após esclarecimento e ciência

^{IV} Dados fornecidos pelo Programa Estadual de DST/Aids, SES, SP em 2013.

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas para pesquisas com seres humanos contidas na Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde^v.

Todos os jovens participavam de um projeto assistencial chamado “Projeto de Transição de Jovens”, que é acompanhado por uma Equipe Multidisciplinar responsável por discutir, idealizar e planejar o momento de transição dos usuários de um serviço assistencial pediátrico (ICr) para o serviço assistencial de adultos (SEAP e, após o fechamento deste, para o IIER).

Resultados

Os entrevistados tinham idade entre 20 e 23 anos. A maioria era do sexo feminino (9), negra^{vi} (8), com segundo grau completo (10) e exercendo trabalho remunerado (8). Dos que trabalhavam, 6 tinham vínculo empregatício formal (CLT) e recebiam de 1 a 2 salários mínimos mensais.

Vida afetiva atual

Dos 12 jovens entrevistados, 9 estavam em relacionamentos afetivos. Dos três que se declararam sem parceria afetiva, somente uma nunca havia namorado nem se relacionado sexualmente^{vii}.

Chamou a atenção que todas as parcerias eram sorodiscordantes (quadro 1).

Quadro 1. Situação afetiva/sexual dos entrevistados

Entrevistado(a) ^{viii}	Situação afetiva	Vida sexual	Condição sorológica do(a) parceiro(a)
Bernardo	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Quênio	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Paula	Casada	Sim	Sorodiscordante
Katia	Sem parceiro	Não	Não tem parceiro
Heloisa	Sem parceiro	Sim	Não tem parceiro
Danuza	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Diana	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Saulo	Casado	Sim	Sorodiscordante
Kety	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Kesia	Casada	Sim	Sorodiscordante
Helena	Namorando	Não	Sorodiscordante
Silvia	Sem parceiro	Sim	Não tem parceiro

Primeira relação sexual

A idade da primeira relação sexual foi similar entre os meninos (de 13 e 20 anos) e as meninas (de 12 e 19 anos). Contudo duas jovens (21 anos e 22 anos) não tiveram relação sexual, o que segundo elas, tem sido valorizado pela Equipe, nenhum profissional perguntou se elas precisavam de ajuda ou suporte.

Só perguntavam se eu tinha relação sexual. Eu falava que não e pronto. Não perguntavam se eu tinha vontade ou se eu pensava em ter uma relação sexual. (Helena, 22 anos)

Nessa primeira relação sexual, só uma jovem refere não ter usado o preservativo e segundo ela a experiência foi ruim.

A minha primeira vez foi sem preservativo e... me machucou e eu não gostei.. Ruim... ruim porque não foi com a pessoa que... eu era nova na época e não foi uma pessoa que eu estava namorando, ou um relacionamento sério... e foi sem camisinha também... só que a pessoa depois disso, que eu contei, ela fez exames tudo e não deu nada, graças a

^v Aprovado sob o número CAAE 06018512.3.0000.0068, na Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, posteriormente, pela Divisão Científica do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

^{vi} Considerou-se como população negra a somatória dos que se autodeclararam de cor preta e cor parda.

^{vii} Considerou-se relação sexual quando houve penetração vaginal e/ou anal.

Deus... mas não foi boa, porque não foi com uma pessoa de coração... (Paula, 21 anos)

A maioria referiu que não foi um momento planejado, bem como não comentou tal intenção com a Equipe de atendimento. Nenhum deles referiu ter recebido qualquer orientação para esse momento. De modo geral, os jovens classificaram essa primeira experiência como boa.

Porque era a primeira vez, ele sabia que era a minha primeira vez, então ele tomou cuidado, tipo, não fazer tudo rápido... então acho que foi boa. (Sílvia, 23 anos)

Porque daí teve, não só foi só sexo, a gente foi uma coisa de amor né? Que a gente assistiu um filme né? A gente namorou, praticamente, não foi uma coisa tipo, só por prazer, oh, vamos fazer amor e morreu aí, já era. Então foi bom, porque a gente não queria só fazer aquilo, a gente foi namorando e foi acontecendo, e a gente não fez essas coisas aí, foi pique tipo de cinema... risos... sei lá, foi bom. (Saulo, 20 anos)

Ah, pra mim foi boa. Foi tranquilo, foi seguro. Pra mim foi bom. (Danuza, 20 anos)

Foi boa. Foi algo que eu nunca tinha feito e foi num momento bom do nosso relacionamento. (Bernardo, 20 anos)

Quando questionados sobre os motivos para o uso de preservativo na primeira relação sexual, a maioria respondeu que fez uso para proteção do(a) parceiro(a). Somente uma entrevistada respondeu que usou para se proteger, por desconhecer a condição sorológica do parceiro com relação às outras infecções.

Porque que nem eu falei, medo... não sei se é medo... foi mais o fato de se cuidar pra poder não engravidar, não passar nenhum vírus pra ele e também a gente não conhece o que ele tem por dentro... então foi mais pra me cuidar e cuidar dele também... (Sílvia, 23 anos)

Vida sexual atual

Dos jovens entrevistados, 10 relataram ter vida sexual ativa. Alguns aspectos foram elencados para detalhar o exercício dessa vida sexual, que estão a seguir:

Uso de preservativos

Quando questionados sobre o uso de preservativos, a maioria refere que faz uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais. O motivo explicitado está fundamentalmente relacionado à proteção do parceiro(a), para que ele(ela) não seja contaminado(a), especialmente com os parceiros(as) que não conhecem o seu estado sorológico.

Há pouca referência à própria prevenção, que fica assim em segundo plano.

Eu pretendo usar o preservativo porque, da mesma forma que eu peguei, eu não quero que os outros peguem né? (Helena, 21 anos)
Porque eu tenho o HIV né? E eu descuido né? Eu sou meio descuidado, eu não tomo os remédios, então eu não quero prejudicar a minha parceira né? Querer o que eu tenho pra ela, eu não quero, e pra mim pode ser de um jeito, mas pra ela vai ser de outro jeito. Eu uso pra proteger ela. (Saulo, 20 anos)

Pra não passar o vírus pra ela. E não haver nenhuma contaminação de DST de ambas as partes. (Bernardo, 20 anos)

Eu acho que é um meio de prevenir. De não passar o que eu tenho. (Diana, 21 anos)

Embora a maioria tenha afirmado que usava o preservativo em todas as relações, conforme as perguntas avançavam, foi possível observar que aconteceram várias relações sexuais sem preservativos.

É assim, por mim eu fui um pouco errada porque... Porque assim, ele não tinha

preservativo no bolso e a gente foi no motel... ele não tinha, aí ele pediu... e eu também não tinha. Então quando... a minha mãe fala: filha, sempre leva um preservativo, dois no bolso, sei lá, na bolsa, em qualquer lugar você enfia o preservativo... e justamente, neste dia, eu não levei e aí foi quando ele tirou o preservativo e fizemos sem, e eu achei meio que errado... tanto que eu não sei se era eu, ou ele, sei lá, é... eu fiquei com uma infecção e estou tratando dela até hoje. (Heloisa, 22 anos)

Foi perguntado aos jovens se eles se sentiam orientados quanto ao uso do preservativo e de quem receberam essas orientações. A maioria referiu que se sentiam orientados, entretanto, essa orientação não era comumente oferecida pelo serviço. Eles relataram que foram orientados por amigos e, até mesmo, aprenderam a usar na prática sexual e ou sozinhos.

Eu aprendi a usar sozinha mesmo. (Kesia, 21 anos)

É que é assim né? A gente sempre lê a orientação né? Eu sempre leio... qualquer coisa assim, sempre tem uma bula de orientação. Sempre procurei assim, saber sozinho. Nunca tipo cheguei... só quando a coisa é muito difícil, aí eu pergunto mesmo. Esse assunto não é abordado aqui (IIER) e nem lá no Instituto da Criança. (Saulo, 20 anos)

Em escolas mesmo, nas aulas... sempre falam disso. Quando tem palestra, essas coisas, sempre rola esse assunto (uso do preservativo). (Diana, 21 anos)

Não, eles nunca me orientaram. Eu sei como usar, mas eles nunca me orientaram não... Foi na prática mesmo. (Danuza, 20 anos)

Uma das jovens declarou que não se sente orientada quanto ao uso do preservativo e relacionou tal situação a uma sensação de falta de proteção, ou seja, de maior vulnerabilidade.

Ah, pra gente saber o uso corretamente, porque a maioria das relações, é o homem que e pronto, e vamos ver né? Só que assim, eu não sei nem como colocar, não faço ideia de como coloca e vai que, de repente, sei lá, não põe direito, escapa alguma coisa, não sei... tudo pode acontecer. (Heloisa, 22 anos)

Sobre o acesso ao preservativo nos serviços, a maioria dos jovens referiu que eles não eram oferecidos quando comparecia para coleta de exames e/ou consultas, mas os recebia se pedisse, normalmente, o serviço os disponibiliza.

Não, eles não ensinam. .. quando eu vou passar na consulta, elas só perguntam: usa preservativo? Você quer preservativo? E só... mais nada. (Paula, 21 anos)

É sempre mais eu quem peço. Eles não oferecem sempre... a maioria das vezes eu tenho que pedir. (Kesia, 21 anos)

Isso mesmo, eles me falaram que quando eu quiser, eu peço... mas eles não falam isso toda vez que eu vou lá pra consultas... Eles perguntam se eu quero e eu falo no momento, entendeu? (Bernardo, 20 anos)

É, na triagem eles nunca perguntam se eu quero camisinha. Eu que tenho que ficar pedindo. Eu me sinto um pouco constrangida né, mas eu tenho que pedir, eu preciso. (Kety, 23 anos)

Quanto às dificuldades vivenciadas na negociação do uso de preservativo em suas relações sexuais, duas jovens relataram que já tiveram dificuldades, porém, esse assunto também não era abordado pela Equipe.

As jovens, sexo feminino, apesar de terem afirmado anteriormente que usavam o preservativo, revelam que o uso não é frequente, ou melhor é esporádico.

Porque ele não gosta de usar mesmo, até... eu também não me agrado, mas se desde o começo ele falasse que iria usar, eu iria aceitar,



tanto que no meu outro relacionamento de 1 ano e meio meu parceiro sabia, só que ele sempre a gente foi com camisinha e eu nunca discordei, mas com ele, ele não usa mesmo e ele fala que, mesmo se ele pegar, não teria medo, porque ele me ama e ele... não tem acordo com ele usar mesmo. (Paula, 21 anos)
Eu já tive dificuldade pra usar com uma pessoa, porque ele só queria transar sem preservativo. Na verdade, eu não gostava, porque eu acho que a pessoa tem que usar, porque pode pegar alguma coisa né? (Kety, 23 anos)

Outros métodos de prevenção e reinfecção para o HIV

Nenhum jovem usou o preservativo feminino, não receberam informações sobre ele e nunca o insumo lhes foi oferecido.

“Pra te falar a verdade, nunca nem vi o feminino, nem sei como é, como usa” (Quenio, 21 anos).

Não receberam orientações para os casos de exposições maiores a riscos, como, por exemplo, a ruptura do preservativo masculino, que pode ter indicação para o uso da Profilaxia Pós Exposição (PEP). Eles também relataram não terem sido orientados para a questão da reinfecção pelo HIV.

Outras práticas sexuais

Foi perguntado aos jovens se eles receberam orientações sobre outras práticas sexuais, como: sexo oral, sexo anal, masturbação, uso de lubrificantes etc. Estes aspectos também não foram abordados durante os atendimentos. Quando recebiam alguma orientação relacionada ao tema, era no sentido da proibição da prática, o que fazia com que eles relacionassem essa

proibição ao fato de serem portadores de HIV e/ou doentes por aids.

*Porque... eu acho que porque eu sou soropositiva e sexo oral, sexo anal não é recomendado, porque também pode passar... então eu acho que eles orientam... não sei né, porque eu não tive essa orientação... eles já me passaram que eu não tenho que ter relação assim, sexo anal, sexo oral... eu acho que é mais por causa disso.Assim, do sexo oral e do sexo anal, só falaram pra mim pra eu não ter esse tipo de relação. Só isso. (Paula, 21 anos)
.... sexo anal não faço. Masturbação também não... então eu acho que isso é na prática, a gente vai vendo e vai fazendo, e acontece... a gente descobre fazendo, mas eu nunca tive nenhuma orientação sobre isso... (Silvia, 23 anos)
Porque se por acaso acontecer de eu começar a fazer anal, esses negócio, eu não vou tá orientada, eu não sei como é, entendeu, então eu acho que precisa dessa orientação sim. Eu preciso saber como posso fazer isso de um jeito com saúde. (Danuza, 20 anos)
A minha médica me disse que eu não podia fazer sexo oral e nem anal, porque corre maior risco de contaminação. Ela só me falou isso né? Mas conversar a respeito desse assunto mesmo, isso não. (Kety, 23 anos)*

Vida reprodutiva

No total, três tinham filhos no momento da entrevista e uma jovem estava grávida.

Dos que não tinham filhos, todos mencionaram que ter filhos faz parte dos seus projetos futuros de vida. Foi possível observar que o diagnóstico HIV+ não impediu o desejo de maternidade/paternidade, as falas revelam que eles percebem que a sociedade (família e profissionais da saúde) acredita que eles não deveriam não ter filhos.

Eu quero, porque assim, eu quero um filho, independente que seja meu, ou seja adotado. Eu quero meu, eu sei que pode, que tem certos meios, que dá pra se fazer isso, tanto na relação sexual normal, com um parceiro que saiba, eu acho que não tem problema nenhum. E hoje, com os medicamentos que a gente toma, o tratamento que a gente tem, com a tecnologia que a gente tem, a criança não nasce com o vírus... então se nasce até os dois anos, não tem como não negativar... então eu quero sim, ter um filho, eu penso sim... (Silvia, 23 anos)

Ah, eu penso sim... passa pela minha cabeça ter filhos. (Heloisa, 22 anos)

Então, não é uma certeza. Talvez eu... é... não sei como será né? Aí, talvez eu tenha... às vezes eu penso, em, talvez, ter filhos... (Bernardo, 20 anos)

Foi perguntado aos que têm filhos sobre o planejamento da gravidez e a assistência recebida durante a gestação e o nascimento. Dois referiram que a gravidez não foi planejada, que receberam toda a assistência necessária durante o atendimento pré-natal e parto, o que também aconteceu com a jovem que planejou esse momento. Os filhos dos entrevistados são todos soronegativos para o HIV.

A jovem que planejou a gravidez recebeu assistência da médica da Equipe.

A gestação foi muito bem, eu sempre tive o sonho de ser mãe, mesmo sabendo do meu problema... mas sempre fui criticada pelos meus familiares, que sempre me falavam que eu nunca poderia ser mãe, tive fé e falei: não, um dia eu vou ser mãe, sempre tive esse sonho, tanto que eu tive até gravidez psicológica, quando a gente casou, eu fui no ginecologista, eu parei de tomar remédio, eu falei com a minha infectologista, eu falei pra

ela: eu quero engravidar e ela ... tirou um remédio meu, trocou, porque um dos meus remédios antirretrovirais, ... se eu engravidasse, ele poderia dar má formação do feto, daí ela tirou e trocou e disse que quando eu quisesse engravidar, eu já estava preparada. (Paula, 21 anos)

Chamou atenção a situação de uma das jovens, que se declarou grávida no momento da entrevista. Ela referiu que não havia planejado a gravidez, bem como não havia compartilhado com o seu parceiro a sua condição sorológica. Quando questionada sobre a assistência recebida, ela respondeu que sentiu falta de maiores orientações.

Eu acho que esse assunto deveria ser abordado né? Por mais... eles tem que perguntar esses negócios... eles não perguntam e eu também não sou de ficar falando. Deu nisso (Diana, 21 anos)

Outros métodos de prevenção da gravidez

Foi perguntado aos jovens que outros métodos contraceptivos eles conheciam e/ou foram orientados. A maioria referiu, espontaneamente, os anticoncepcionais hormonais: pílulas e injeções. Somente uma jovem mencionou o Dispositivo Intrauterino (DIU), que ela deseja colocar, porém seus conhecimentos sobre esse método eram bastante superficiais. Nenhum dos entrevistados fez referência ao contraceptivo de emergência como um método de prevenção para gravidez.

Usei pílula e injeção. Todos foram pelo meu convênio... e o DIU, eu iria colocar pelo Hospital das Clínicas, no prédio amarelo (prédio dos ambulatórios do HC), só que as consultas são muito prolongadas, então eu preferi colocar pelo meu convênio mesmo. (Paula, 21 anos)

Quando se perguntou explicitamente sobre o nível de conhecimento sobre o contraceptivo



de emergência e se em algum momento da vida eles fizeram uso deste método, constatou-se que os conhecimentos são superficiais e as devidas orientações não foram oferecidas durante as consultas com a Equipe. Um jovem contou a experiência com a contracepção de emergência: sua namorada usou quando a camisinha estourou, mas não sabe explicar como atua e onde ela conseguiu. As informações sobre a contracepção de emergência foram obtidas de amigos, não sabem se tem no serviço, sabe que tem nas farmácias, para comprar.

Eu já ouvi falar e tal, a Priscila (namorada) até tomou uma no dia do acidente, mas não deu muito certo. A pílula acho que não funcionou (Quenio, 21 anos)

Pílula do dia seguinte? Ahhh, já. Sim, foi dessa vez que eu não... eu fiz sem camisinha... (Danuza, 20 anos)

Eu acho que quando a gente tem relação e tem penetração... eu acho que é no outro dia, em 24 horas, você tem que tomar, se não me engano, dois comprimidos. (Paula, 21 anos)

Eu ouvi falar. Mas eu não sei exatamente como funciona, como deve tomar... sei o básico só.

Não... eu sei que é, acho que é em 72 horas depois... acho que é isso... ou é 48 horas? Ah, não sei muito bem não. (Bernardo, 20 anos)

Na verdade, assim, eu nunca usei, mas acredito que seja pra cortar o efeito de uma gravidez. Você tem relação hoje e você não usou camisinha e você não quer ficar grávida, digamos assim e você toma a pílula do dia seguinte, você pode cortar o efeito... só que a médica falou pra minha amiga, que também é soropositiva, que nem sempre a pílula do dia seguinte funciona, assim, pra quem tem HIV, porque os remédios cortam o efeito e

por isso hoje ela está grávida. Eu acredito que seja isso. (Silvia, 23 anos)

Ah, a pílula do dia seguinte acho que é pra quem se estourou a camisinha, ou quem não usou a camisinha... aí é pra tomar no outro dia né, pra não ficar grávida, aí eu acho que toma dois dias né? Ou de doze em doze horas, dois comprimidos... acho que é isso. (Danuza, 20 anos)

A pílula do dia seguinte? Não é pra não deixar engravidar? Acho que é isso... mais detalhes eu não tenho, eu não sei te dizer... (Quenio, 21 anos)

Sei que tem que ser usada em dia de risco de alguma coisa, quando a camisinha estourar... é isso que eu sei. (Katia, 21 anos)

Percepção sobre as orientações recebidas: como o serviço lida com a vida sexual e reprodutiva dos jovens que nasceram e vivem com HIV

As questões sobre saúde reprodutiva e sexual foram acompanhadas da pergunta: recebeu orientação do serviço (quem e quando), sobre esse aspecto?

Todas as orientações lembradas e nomeadas foram dadas pelos médicos(as), especialmente o(a) infectologista.

Sobre a primeira relação sexual, foi perguntado aos jovens se eles contaram antes ou depois para a Equipe que o assistia sobre a sua ocorrência e que orientações receberam, quando contaram. Somente uma jovem contou antes de ter a primeira relação sexual e a orientação recebida foi direcionada para os métodos contraceptivos. Após a ocorrência da primeira relação sexual, o assunto não foi mais abordado durante as consultas subsequentes.

A médica me deu a receita da injeção, eu tomei. Daí ela falou que eu tinha que tomar

cuidado, me deu camisinha e falou com a minha mãe. Só isso.

Depois que você teve a sua primeira relação sexual, você contou para alguém?

Não, não contei.

E por quê?

Ah, porque não me senti à vontade para falar. Fiquei com vergonha.

Esse assunto foi abordado na ocasião, nos seus atendimentos?

Não, não se falou mais no assunto. (Kety, 23 anos)

Um dos jovens, que não contou, nem antes nem depois, sobre a primeira relação sexual para a Equipe, referiu que não recebeu nenhuma orientação. Quando questionado, ele respondeu que, em sua opinião, a orientação pode não ter acontecido por que a Equipe não imaginava que ele já sentisse vontade de ter sua primeira relação sexual, que foi aos 13 anos.

Muito raro. Foi mais quando eu fiquei mais velho e tal, mas nessa idade ninguém falava não, acho que eles achavam que eu era muito novo para isso né?... Eles não imaginavam isso de mim, que eu tinha vontade já. (Quênio, 21 anos)

Dois jovens responderam que contaram para a Equipe depois da ocorrência da primeira relação sexual. As orientações recebidas se restringiram ao uso de preservativos masculinos, de pílulas anticoncepcionais e coleta de exames ginecológicos, no caso das meninas, sem maiores aprofundamentos sobre o exercício da vida sexual. Não houve qualquer questionamento e/ou orientação sobre o estado sorológico do parceiro(a).

Antes não. Eu só tinha contado pra ela que eu tinha conhecido uma pessoa e que a gente começou a namorar... daí da relação, eu contei só depois né? Aí ele falou: usa camisinha e tal, se previne... aí eu comecei mais

a me tratar né, porque sabe como é adolescente, 18 anos e nada na cabeça... (Saulo, 20 anos)

E aqui pra Equipe, você chegou a contar? Não, eu não contei.

Antes de acontecer, você recebeu alguma orientação? As pessoas perguntavam pra você? Esse assunto era abordado nas suas consultas?

Era, porque quando eu mudei pro Frei Caneça, a Dra. X que me atendia, ela sempre falava, que quando eu pensasse em ter minha primeira vez, que era pra eu falar com ela primeiro, mas eu não fiz isso... risos... e acho que vai muito de momento né, porque eu não sei se eu iria planejar, tipo vamos fazer tal dia, tal horário, tal lugar... eu não sei se essas coisas, sei lá, se tem como planejar... não sei... mas, aí, é... na próxima consulta que teve assim, no ano lá que eu fiz, ela me perguntou se eu já tinha feito ou não, daí eu falei assim que já e aí ela disse: então vamos colher o papa... foi só isso...

Você recebeu alguma orientação mais específica pra essa questão? Não. (Heloisa, 22 anos)

As questões relacionadas à vida reprodutiva não foram abordadas ou são pouco valorizadas durante as consultas, tanto para evitar uma gravidez não desejada quanto para a preparação adequada da fecundação. Eles não receberam orientações completas sobre como se preparar para o momento de ter filhos. Apesar da maternidade/paternidade fazer parte dos planos de todos, eles não sabiam como deveriam estar do ponto de vista clínico e/ou laboratorial, como, por exemplo, a contagem de células CD4, e nem quais seriam os métodos disponíveis para a fertilização. Mesmo os que tentaram explicar, o fizeram de forma confusa.



Isso... ela disse que quando eu quisesse, pra falar com ela, mas não sei maiores informações.

Bom, eu sei que tem a lavagem de esperma, no caso do homem, e é por... como é que? (longa pausa)... é, por inseminação artificial... (Bernardo, 20 anos)

Então, eu sempre pensei em ter filhos. Sempre. É uma coisa assim... só que o que muito me assusta é do meu, tipo vamos supor, do meu próximo parceiro, é... como que eu posso dizer? Ele não aceitar fazer do jeito correto que tem que ser feito, igual a Dra. X explicava... ah, é um jeito meio confuso... tem que ir, chamar o seu parceiro, no dia em que ele tá... sei lá, ele tem que fazer umas coisas lá, e pegar o... ai, como é que é o nome? O sêmen dele pra colocar em mim e... nossa, é um processo confuso. (Heloisa, 22 anos)

Para um dos jovens, que é casado e comparece às consultas com sua esposa, foram oferecidas orientações mais aprofundadas sobre os preparos e acompanhamentos necessários. Essas orientações aconteceram quando este jovem expôs ao seu médico assistente o seu projeto em relação à paternidade.

Ele (o médico) que deu a ideia né? Antes eu não sabia que podia né? A gente ia fazer inseminação... até que ele falou: ah, tem como... fazendo normal... Ele falou que se tiver com a carga viral zero, aí tem como ter normal... aí quando, acho que eles dão o remédio antes de, depois do parto, ou é antes do parto... um negócio assim... (Saulo, 20 anos)

Alguns tópicos da entrevista foram intencionalmente direcionados para investigar se são temas discutidos nos atendimentos com a Equipe Multiprofissional. Em alguns momentos, a vida sexual e reprodutiva é abordada, entretanto, não há profundidade nas discussões. Os

questionamentos por parte da Equipe se limitam a existência ou não da vida sexual, sem discutir sobre qualidade das relações, sobre os aspectos saudáveis dessa prática.

Não. Só perguntavam se eu tinha relação sexual. Eu falava que não e pronto. Não perguntavam se eu tinha vontade ou se eu pensava em ter uma relação sexual. (Helena, 21 anos)

Não. Só quando eu passo com a ginecologista, que aí ela pergunta. Com a infecto não, ela nunca pergunta... que eu me lembre assim, não, ela nunca perguntou. (Sílvia, 23 anos)

Discussão

Os jovens entrevistados, que são soropositivos para o HIV por transmissão vertical e, desde o nascimento frequentaram o serviço especializado para o atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids, revelaram ter vivenciado muitas situações típicas de qualquer jovem, portador de uma doença crônica ou não. Apesar de terem sido submetidos a uma vida que também aconteceu no ambulatório de um hospital, com toda a sua singular rotina de consultas e exames constantes, eles demonstraram que desenvolveram as atividades que qualquer jovem realiza: estudaram, trabalharam, se relacionaram afetiva e sexualmente, traçaram projetos futuros e concretizaram seus desejos. As falas revelam que a despeito do diagnóstico HIV+ viveram experiências peculiares da idade e a doença não impediu essas possibilidades. Entretanto, é possível dizer que o fato de serem portadores de HIV e/ou doentes por aids influenciou a prática dessas experiências. Falaram sobre o modo como a soropositividade atravessou e ainda atravessa suas vidas, suas decisões, suas construções e, fundamentalmente, suas relações com as pessoas que os cercam. Um exemplo claro desse ponto diz respeito a

revelação do diagnóstico que, em algum momento, se faz necessária. Eles se angustiam diante dessa possibilidade. Testam o quanto o outro suportaria ouvir da notícia e sondam se terão apoio. Essa vivência traz um peso para as relações e o medo da rejeição se torna uma constante, similar ao relatado por vários autores^{7,12,115,18}.

A situação da entrevistada grávida que ainda não contou ao parceiro sua situação sorológica é exemplar, pois agrega o medo da rejeição por estar grávida ao de ser abandonada por ser soropositiva.

Segundo os jovens as orientações recebidas do serviço se restringiram ao uso de preservativo, centrada no desejo de evitar a contaminação do parceiro(a) e a ocorrência da transmissão vertical

Os resultados encontrados sugerem que a forma de encarar o jovem que vive com HIV/aids influencia de modo significativo a construção do olhar e do cuidado oferecido. Há uma indiscutível preocupação com a manutenção da vida do jovem, especialmente esses que foram contaminados por transmissão vertical⁸, mas é evidente o não enfrentamento das questões que a atividade sexual acarreta: revelação do diagnóstico ao parceiro sexual, transmissão vertical, estado sorológico dos parceiros, seguimento dos sorodiscordante, direito a maternidade/paternidade, entre outras.

A invisibilidade da vida sexual, especialmente quando são muito jovens, parece ser um pacto entre a Equipe e os jovens, que não os obriga a adoção de condutas que não desejam.

A assistência oferecida aos jovens parece estar direcionada para o prognóstico da doença. O acompanhamento da condição clínica e laboratorial se sobrepõe às questões cotidianas e peculiares do viver com HIV/aids. É bastante razoável que esses aspectos sejam, de fato, foco de interesse dos profissionais. Entretanto, esses jovens são além

de uma condição clínica. Eles venceram a infância e adentraram a adolescência. Vivem muitas situações em suas vidas, que não necessariamente estão relacionadas com a sua doença, mas para as quais a doença imprime a sua marca. Desconsiderar isso é reduzir o jovem a um aspecto importante, mas não exclusivo de sua existência. Olhá-lo somente como alguém que é portador de um vírus e nada mais, é um erro e uma imprudência.

Na vivência da primeira relação sexual, a condição sorológica não os impediu de dar este passo em idade similar aos outros²². Muitos dilemas enfrentados nesta “primeira vez” foram da mesma ordem dos outros jovens: com quem? é a pessoa certa? é o momento certo? como aconteceu? foi bom? houve satisfação na relação?

O fato de ser portador de HIV e/ou doente por aids acrescentou preocupações, dilemas e sofrimentos específicos. A doença e a possibilidade de contaminação do(a) parceiro(a) se fez presente e foram ignoradas pelo serviço.

Os resultados mostram que os entrevistados enfrentam dificuldades para revelar seus diagnósticos, tanto nas relações sociais, quanto aos(as) parceiros(as) afetivos(as), predominantemente por medo da rejeição. Similar a este dado, Marques et al⁸ apontam que o momento da revelação do diagnóstico se constitui como uma ocasião de significativa dificuldade, pois os jovens se sentem divididos sobre o que fazer com esse segredo: “livrar-se do peso e conviver com os riscos de uma possível rejeição” ou suportar e ter que se haver com os prejuízos dessa escolha.

Praticamente todos referem ter usado o preservativo masculino na primeira relação sexual, diferente do que vem sendo observado em estudos com jovens da população geral, como o realizado por Paiva et al, em 2005, com 62,5% das moças e 68,3% dos rapazes referindo o uso na primeira relação^{16,22}.



Dos que já haviam iniciado a sua vida sexual (10), somente uma diz que não usou o preservativo em sua primeira relação.

Afirmam que usam o preservativo masculino em suas relações sexuais, contudo ao longo da entrevista percebe-se que o uso não foi constante, e quatro deles estavam com filhos, outros dois recorreram a contracepção de emergência.

De acordo com os relatos, a necessidade de proteger o parceiro muitas vezes é predominante à necessidade da própria prevenção. Na prática de suas vidas sexuais, a preocupação com a proteção do outro é prioritária, o que é valorizado pela Equipe. A possibilidade de infecção do outro é um obstáculo significativo e concreto, revelando que se sentem culpados por carregar o vírus que pode fazer com que o parceiro(a) fique também doente⁵. Poucos jovens relacionaram o uso de preservativos nas relações sexuais à própria proteção, para se prevenir de outras doenças.

Outros aspectos sobre a prática da vida sexual foram explorados, como por exemplo, a oferta e orientações para o uso de preservativo masculino, preservativo feminino, contracepção de emergência, orientação e disponibilização de outros métodos contraceptivos, reinfeção para o HIV, bem como orientações sobre outras práticas sexuais que não sejam propriamente relacionadas à penetração vaginal.

Segundo eles, tais orientações não lhe foram ofertadas, revelando desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos, similar ao encontrado em outros estudos com mulheres e homens^{3,4,12,13, 17,18,20,21}.

Quanto à vida reprodutiva, quatro já haviam iniciado, três com filhos e uma grávida. Todos revelaram diretamente ou de forma velada e/ou ambígua que desejam ter filhos no futuro e apenas dois deles receberam orientações técnicas

específicas para minimizar o risco de contaminação da criança e/ou do(a) parceiro(a).

De acordo com os dados obtidos, os jovens planejaram as suas vidas e não esperaram pela autorização de outros para praticar suas vontades. É possível supor que, se eles desejam ter filhos, eles terão, com ou sem assistência, com ou sem planejamento. A falta de orientação, apesar de ser notada por eles, como relatado em outros estudos^{15,20}, não os impediu de dar esse passo: se tornarem pais e mães.

Ao se omitir ou deixar de fornecer as devidas orientações, se colabora para o aumento da vulnerabilidade desses jovens, tanto no que diz respeito à prevenção para outras doenças e para uma possível infecção dos parceiros, como para uma vida reprodutiva mal planejada, aumentando o risco, por exemplo, de gravidez precoce. Diante desse cenário, o jovem tende a silenciar. Eles não expõem o que pensam, não tiram suas dúvidas e seguem com seus projetos sem orientações e aprendendo na prática da vida. Eles deixam de compartilhar seus sofrimentos e angústias, seus prazeres e satisfações. Crescem e vivem com seus dilemas sem apoio. Criam seus próprios recursos de enfrentamento e contam muito pouco (ou quase nada) com o acúmulo de conhecimento e especialidade dos profissionais, a parceria que poderia ser construída deixa de acontecer.

É importante considerar as dificuldades oriundas do tema no dia a dia dos profissionais. Vários aspectos sobre a sexualidade entram em jogo diante da necessidade de construir respostas para estes jovens. Orientá-los sobre a vida sexual e reprodutiva implica, também, em entrar em contato com experiências subjetivas de cada um em relação à própria sexualidade e vida reprodutiva. Pode ser que, ao direcionar as orientações para condutas mais prescritivas e normativas, protejam os

profissionais envolvidos nos cuidados de terem que enfrentar os próprios dilemas. Estudos com os profissionais de saúde revelam que muitos não se sentem capacitados para tal, outros ficam angustiados com as demandas trazidas pelas crianças e adolescentes¹⁵.

A prática da vida sexual é parte da intimidade e falar sobre sexo não é fácil, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes. Conforme apontam Lago, Maksud e Gonçalves¹⁰, o *status* de cronicidade da aids tem promovido novos desafios para as equipes de saúde, entre eles o estímulo ao usuário a um tratamento contínuo e a necessidade do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos destes usuários. Nesse sentido é importante considerar que o usuário ao se sentir respeitado e valorizado tende a ter maior vínculo com os serviços e com o tratamento. Os autores discutem ainda o quanto esses assuntos são complexos e convocam para uma ampliação da concepção tradicional do que seja o tratamento oferecido às pessoas que vivem com HIV/aids, bem como colocam em destaque normas, crenças, desejos e valores, tanto dos usuários dos serviços, quanto dos membros da Equipe Multiprofissional que nestes serviços atuam.

Por fim, é importante informar que os dados foram colhidos no local onde a pesquisadora atua como profissional e membro da Equipe Multiprofissional. É possível questionar se os jovens que aceitaram participar neste estudo sejam os mais aderentes e presentes aos serviços, com melhores condições de saúde e maior prontidão para as orientações sobre vida sexual e reprodutiva.

Considerações finais

Os jovens entrevistados neste estudo estão vivendo com o HIV/aids em suas vidas desde que

nasceram, fazem parte de um contingente de tantas outras pessoas, com a mesma condição de saúde. Eles são os sobreviventes de uma epidemia que, inicialmente, era considerada uma sentença de morte.

Suas respostas evidenciaram dados importantes e que inspiram discussões contínuas. Esses jovens cresceram nos serviços e viveram experiências comuns aos outros jovens, porém são infectados por uma doença que, apesar de crônica, ainda estigmatiza seus portadores e abre precedentes para situações de discriminação e preconceitos. No cotidiano desses jovens a aids é uma importante coadjuvante. A soropositividade atravessa a construção de relações sociais e relacionamentos afetivos/sexuais. O diagnóstico é, ao mesmo tempo, uma herança de seus pais e um segredo que não pode ser compartilhado com qualquer pessoa.

E é neste cenário que esses jovens se constituem em suas vidas sexuais e reprodutivas. Eles iniciam suas experiências sexuais tendo em seus corpos um vírus que pode ser compartilhado com o parceiro afetivo/sexual se não tomadas às devidas precauções. Diante disso, a preocupação com a proteção do outro se torna predominante. É como se eles representassem um perigo constante para os soronegativos. Tal situação gera angústia, limitações e medo, principalmente de serem responsáveis por uma possível contaminação. Eles vivenciam a possibilidade de uma rejeição a qualquer proximidade com outra pessoa. É como se tivessem menos importância e valor na dinâmica da construção de novos relacionamentos.

Oliveira e França Jr¹² apontam, ao considerar as possibilidades reprodutivas para além do controle da epidemia de HIV/aids, partindo do ponto que tais possibilidades são necessidades de saúde com suas particularidades, é

o mesmo que reconhecer que essas necessidades estão intimamente relacionadas aos direitos subjetivos e individuais dos indivíduos que vivem com a doença e também reconhecer que as demandas de controle da epidemia e, fundamentalmente, o controle da transmissão vertical são responsabilidades sociais da saúde pública, que devem ser assumidas nos processos de trabalho dos serviços de saúde que se destinem a oferecer assistência às pessoas que vivem com HIV/aids.

Na percepção desses jovens, o serviço, que poderia ser um importante parceiro deixa de fazer o que é necessário. As orientações não aconteceram. E a vida sexual e reprodutiva, que poderia ser vivida de uma forma mais tranquila, livre de culpa e com responsabilidade, é negligenciada. É na prática diária de suas vidas que eles se instrumentalizam para enfrentar seus dilemas. E seus direitos sexuais e reprodutivos são desconsiderados. Não há espaço para possibilidades, só para proibições e normas. Não há prontidão para discussão, somente para prescrição de comportamentos e atitudes. O outro(a) que se relaciona com a pessoa soropositiva ganha destaque no discurso mas não é olhado de perto pelo serviço.

Tais resultados apontam para lacunas de conhecimento e de espaços para discussão dos direitos sexuais e reprodutivos, indicando a necessidade de promover o debate deste tema com os profissionais envolvidos nos cuidados destinados a crianças e adolescentes que vivem com HIV. Para tanto, sugere-se a ampliação da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, inclusive as com patologias, inclusive as com HIV/Aid nos serviços de saúde. Estimular a elaboração de um material educativo que possa subsidiar estes debates, bem como auxiliar para a sensibilização e qualificação desses profissionais.

Referências bibliográficas

1. Bardim L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70, 1979.
2. Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *PHYSYS: Rev Saúde Col.*1996; 6 (1/2): 147-177.
3. Engender Health. UNFPA, coordenadores. Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e Aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. Nova York: EngenderHealth. Brasília (DF): UNFPA; 2008. 53p.
4. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marconde-Machado J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. *Rev Saúde Públ.* 2004; 38 (2):194-200.
5. Kalckmann S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de Atenção às DSTs e Aids. *Temas Psicol.* 2013; 21(3):1145-1157.
6. Kourrouski MFC, Lima RAG. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/Aids. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 23 jul 2014]; (6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_04.pdf
7. Lago ELM, Maksud L, Gonçalves RS. A sorodiscordância para profissionais de saúde: estudo qualitativo da assistência em ambulatório de HIV/Aids em município do estado do Rio de Janeiro. *Temas Psicol.* 2013; 21(3): 973-988.
8. Marques HH, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Ayres JRC, DellaNegra M et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Cad Saúde Públ.* 2006; 22(3):619-629.
9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva, versão preliminar. Brasília (DF); 2009. 300p.
10. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF); 2005. 24 p.
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Terapia antirretroviral e saúde pública: um balanço da experiência brasileira [monografia na internet]. Brasília (DF); 1999 [acesso em 23 jul 2014] Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/terapia_arv_e_saude_publica.pdf

12. Oliveira LA, França Jr I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/aids: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cad Saúde Públ.* 2003;9 (2 Supl):315-323.
13. Oliveira LL, Della Negra M, Nogueira-Martins MCF. Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: um estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia. *Saúde Soc.* 2012;21(4):928-939.
14. Ortigão MB. AIDS em crianças: considerações sobre a transmissão vertical. *Cad Saúde Públ.*1995;11(1):142-148.
15. Paiva V, Ayres JRCM, Segurado AC, Lacerda R, Silva NG, Silva MH, et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Ciênc Saúde Col.* 2011;16 (10):4199-4210.
16. Paiva V, Calazans G, Venturi GD. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros . *Rev Saúde Públ.* 2008;42 (1 supl):45-53.
17. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Cad Saúde Públ.* 2002;18(6):1609-20.
18. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV. *Psicol USP.* 2002;13:105-33.
19. Ribeiro AC, Padoin SMM, Paula CC, Terra MG. O cotidiano do adolescente que tem HIV/Aids: impessoalidade e disposição ao temor. *Texto Cont Enferm* 2013;22(3):680-6.
20. Santos NJ, Buchala CM, Filipe EV, Buganelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Públ.* 2002;36(4Supl):12-23.
21. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psic Teor Pesq.* 2005;21 (3):279-288.
22. Villela WV, Doretto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Públ.* 2006;22(11):2467-2472.



Saúde Mental na Atenção Básica em Município do Interior do Estado de São Paulo: A pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico^I

Mental Health in Primary Care at a up-country City of São Paulo State: The Action Research as a Strategy for Strengthening the Network of Care Services to Psychic Suffering

Danielle Araujo Borsari^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa^{III}

Resumo

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa utilizando a pesquisa-ação, associada a uma estratégia de intervenção, tendo como suposto a capacidade de interferir na realidade estudada modificando-a. Realizaram-se reuniões com a equipe da rede de atenção à saúde nas quais se discutiram aspectos da política de Saúde Mental e da prática cotidiana dos profissionais da Atenção Básica (AB) nos atendimentos em saúde mental. Principais conclusões resultantes das discussões: inexistência de responsabilidade coletiva do trabalho; dificuldade na incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde; desorganização no processo de trabalho que remete à desarticulação com os outros serviços; há um esforço para incluir outras modalidades de cuidado ao portador de sofrimento psíquico que procura a AB, no entanto o uso do psicofármaco ainda persiste praticamente como tratamento hegemônico em saúde mental. Além das transformações assistenciais significativas na área da saúde mental alcançadas, o essencial é que a equipe percebeu sua capacidade de reflexão sobre o seu papel na AB, principalmente o de realizar mudanças e gerar transformações em suas práticas.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Atenção Básica; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Pesquisa-ação.

Abstract

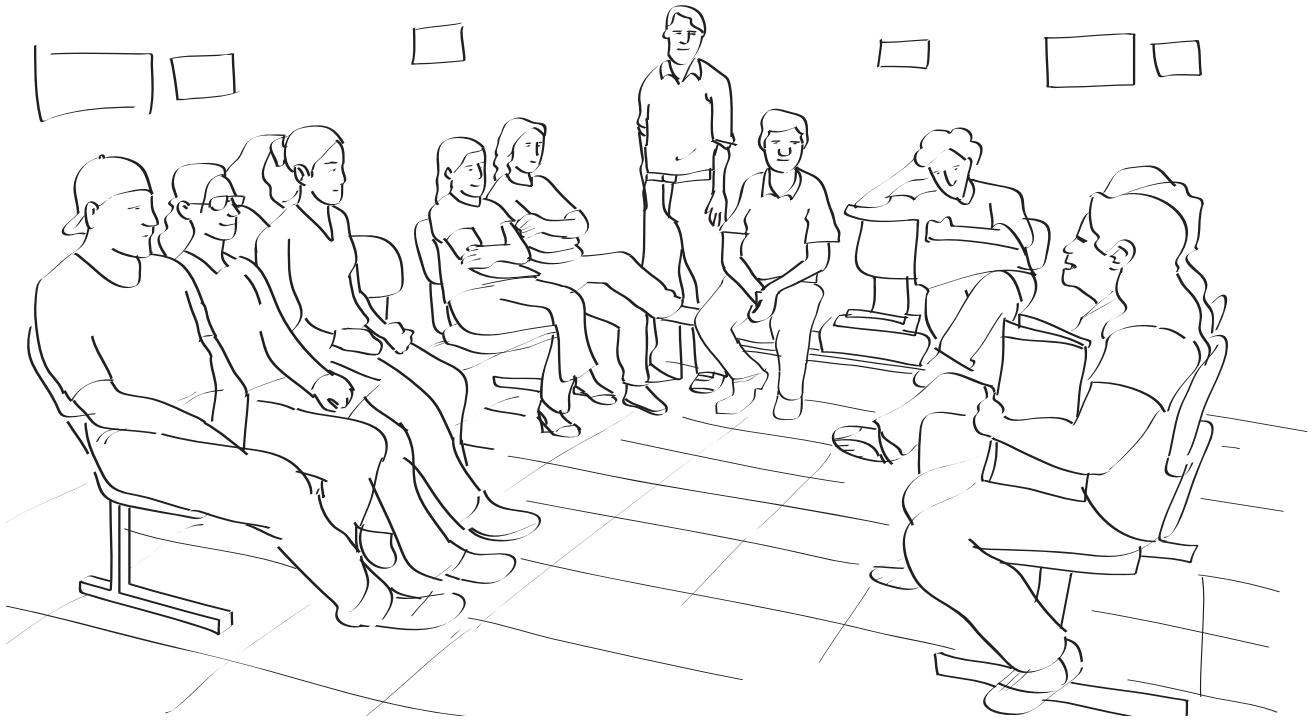
This is qualitative research using the action research associated to an intervention strategy, relying on the ability to interfere with reality studied, modifying it. Meetings were held with the staff of the health care network which discussed aspects of mental health policy and the everyday practice of professionals in Primary Care in mental health. Main findings from the discussions: lack of collective responsibility at work; difficulty in incorporating different knowledge to health practices; disorganization in the work process that refers to the disarticulation with other services; there is an effort to include other types of care for patients with psychological distress who seeks Primary Care, however the use of psychotropic drugs persists nearly as hegemonic mental health treatment. In addition to the significant care changes in mental health achieved, the essential is that the team realized their ability to reflect on their role in Primary Care, mainly to make and generate changes in their practices.

Keywords: Mental Health; Primary Care; Psychiatric reform; Psychosocial Care; Action research.

^I Este artigo foi extraído de um texto maior que desenvolvemos durante nossa pesquisa junto ao Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, curso de mestrado em Saúde Coletiva.

^{II} Danielle Araújo Borsari (dani.borsari@hotmail.com) é Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Especialista em Gestão da Clínica Ampliada nas Redes de Atenção à Saúde.

^{III} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela USP é Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e docente do Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da mesma secretaria.



Introdução

Alguns autores têm destacado a relevância da Atenção Básica como elemento-chave para a promoção da equidade nas sociedades com grandes disparidades sociais. No cenário nacional, a partir de sua criação em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assumiu grande importância política e social no âmbito do sistema de saúde brasileiro, com propostas de reestruturação do sistema de atenção à saúde e do modelo assistencial vigente¹³. Já no estado de São Paulo, que por motivos históricos a ESF concorre com os Centros de Saúde, o novo modelo tem-se destacado de forma expressiva principalmente em municípios de pequeno porte populacional¹⁴, como é o caso do município, protagonista neste trabalho.

Saúde mental e atenção básica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e

econômico que se constitui em um movimento que vem sendo delineado como uma transformação do modelo assistencial em saúde mental a partir da implantação dos novos dispositivos de atenção à saúde mental. O movimento da desinstitucionalização, que se seguiu à Reforma Psiquiátrica, não se restringe à substituição do hospital, mas se sustenta num processo político e social de mudança dos modelos de atenção e gestão de um aparato de cuidados e práticas que devem ser realizadas na comunidade e direcionadas às propostas de ressocialização/reabilitação. Concernentes ao SUS, a organização da nova Política de Saúde Mental foi alicerçada na criação de novos serviços substitutivos, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵.

Pouco tempo depois, o próprio Ministério da Saúde, reconhecendo que a saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, promove uma aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica, na qual encontra terreno favorável devido à consonância nos conceitos e concepções, tais

como território, atuação transversal e estabelecimento de vínculos e acolhimento⁸. Para a organização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica foram propostas três diretrizes, a saber, apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica; formação como estratégia prioritária e a inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Assim, a interface entre saúde mental e atenção básica se daria com o apoio matricial como um arranjo organizacional visando ao suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, com a formação e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações de saúde na atenção básica e com a disponibilização de dados de saúde mental pelo sistema SIAB como estratégia para a avaliação e planejamento em saúde⁸.

Para aprimorar o atendimento e a qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde amplia o leque de opções aos usuários da Atenção Básica por meio da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é uma estratégia criada para produzir saúde sob múltiplas dimensões do cuidado⁴. Em outros termos, com a implantação do NASF, a partir de 2008, além dos profissionais que prestam atendimento nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), contando com a decisão dos gestores locais para a sua implantação, outros profissionais estariam disponíveis.

Posteriormente, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial e, em 2012, com a Portaria nº 132, o Ministério da Saúde institui o incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS⁹. A RAPS é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de

garantir a integralidade da assistência à saúde. Preconiza-se que tal rede de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Mantêm-se como diretrizes na RAPS a equidade, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços em rede com base territorial e comunitária, com o cuidado centrado nas necessidades das pessoas. Nessas bases, a RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso do crack, álcool e outras drogas.

Essa organização foi proposta para dar respostas resolutivas a uma importante demanda relacionada à Saúde Mental que chega diariamente na Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde. Todavia, os principais resultados de estudos sobre a população que procura a rede de atenção básica em saúde apontam para a existência de uma alta prevalência de transtornos mentais menores e um número pequeno de usuários identificados como tal pelos médicos clínicos¹. Segundo Onocko-Campos¹⁰, a situação encontrada por esse estudo é agravada, diante da complexidade da Saúde Mental na Atenção Básica, à falta de diretrizes adicionais do Ministério da Saúde, à falta de preparo técnico do profissional, às precárias condições de trabalho, à falta de investimento dos gestores, entre outros, que fazem com que a demanda à Saúde Mental não encontre uma resposta adequada, nem uma escuta qualificada. Portanto, mesmo com os avanços obtidos na área da Saúde Mental e na Atenção Básica, persistem vários nós críticos a serem discutidos.

Neste artigo faremos o relato de uma leitura crítica sobre as reflexões dos profissionais de saúde produzidas pela pesquisa-ação desenvolvida no âmbito da prática de saúde mental na Atenção Básica do município de Indiana.

Métodos

O local da pesquisa

O município de Indiana tem aproximadamente 4.817 habitantes, está situado na região oeste de São Paulo a 566 km da capital, compõe com outros 18 municípios de pequeno porte populacional o CGR da Alta Sorocabana do DRS XI, sediada em Presidente Prudente. O município conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentando 100% de cobertura das ESF, uma miniequipe de Saúde Mental formada por médico clínico, enfermeira, psicólogo, assistente social e farmacêutico, que tem como função dar apoio técnico para as equipes de Saúde da Família nos casos mais complexos. Conta com a referência de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e CAPS AD) do município de Martinópolis. O Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) de Presidente Prudente oferece leitos hospitalares de curta permanência no hospital geral administrado pelo HR (Hospital Regional). Neste, existe ainda o Ambulatório de Dependência Química do AME (Ambulatório Médico de Especialidades). Existem, ainda, três hospitais psiquiátricos na região de Presidente Prudente (São João, Bezerra de Menezes e Allan Kardec), nos quais a internação é realizada intermediada pela Central de Regulação de Vagas e pela equipe de saúde da Atenção Básica, que avalia o paciente e orienta os familiares. Para internações fora do horário de funcionamento da unidade básica, ou quando não há vagas em leitos psiquiátricos, a referência é a Santa Casa de Martinópolis.

A estratégia metodológica do estudo

Como abordagem metodológica utilizamos a pesquisa-ação, que tem como pressuposto que os sujeitos que nela se envolvem compõem um grupo com objetivos e metas comuns, interessados em um problema que emerge num dado contexto

local. Entre as diversas abordagens teórico-metodológicas que a pesquisa-ação tem sido utilizada, optamos pela pesquisa-ação crítica, que pode ser considerada, de acordo com Franco⁶:

“uma abordagem de pesquisa, com característica social, associada a uma estratégia de intervenção e que evolui num contexto dinâmico (...) é uma pesquisa que parte do pressuposto de que pesquisa e ação podem estar reunidas (e) essa pesquisa pode ter por objetivos a mudança, a compreensão das práticas, a resolução dos problemas, a produção de conhecimentos e/ou a melhoria de uma situação dada, na direção proposta pelo coletivo; (...) metodologicamente, deve ter procedimentos flexíveis, ajustar-se progressivamente aos acontecimentos; estabelecer uma comunicação sistemática entre seus participantes e se autoavaliar durante todo o processo; (...)” (Franco, 2005, p. 496)

Com um problema constatado, o grupo procura problematizá-lo, ou seja, situá-lo em um contexto teórico buscando possíveis intervenções.

Dessa forma, considerando que um dos objetivos deste trabalho foi investigar a própria prática a fim de modificá-la, justificamos a preferência por um método, como o da pesquisa-ação, que visa à atividade transformadora e à reflexão, por meio da participação ativa dos principais atores da prática.

Além disso, utilizamos também como recurso metodológico o grupo intercessor que pode ser considerado um campo aplicado para a produção do conhecimento. Pretendeu-se que este grupo funcionasse como um campo de construção de sentidos sobre as práticas já desenvolvidas ou a serem engrenadas, buscou-se oferecer um espaço de consideração aos impasses vividos com os profissionais envolvidos no cuidado com a Saúde Mental, sabendo-se, portanto, que não existem

soluções apenas a partir de métodos ou teorias gerais. O grupo intercessor pode ser compreendido no momento de inserção do intercessor (pesquisador) no cotidiano da equipe, no caso desta pesquisa nas equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Indiana, como um dos seus participantes necessariamente aceito pelo coletivo, o intercessor-pesquisador também é alguém que tem questões que aquele trabalhador imerso no seu cotidiano ainda não formulou¹⁵.

Utilizamos como espaço de discussão as reuniões entre as equipes de ESF, nas quais foram elencados alguns atores participantes e alguns temas foram predefinidos somente como estratégia de aquecimento do grupo. A discussão em grupo foi o espaço utilizado para identificar o olhar dos atores envolvidos no processo e para explicitar os conceitos, as noções e as práticas que são utilizadas na Atenção à Saúde Mental, principalmente na Atenção Básica. O grupo se encontrou regularmente quinzenalmente durante alguns meses no próprio local de trabalho dos participantes. O modo de funcionamento (horário, duração, frequência) se estabeleceu de acordo com os participantes. Os temas desenvolvidos nas reuniões não foram previamente formulados, e a seleção dos temas abordados dependeu do interesse e da dinâmica do grupo.

A composição do grupo foi multidisciplinar, e foram convidados para participar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais que atuam nas duas equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Indiana.

Vale ressaltar, por sua metodologia não tradicional de clara distinção entre pesquisador, sujeitos e objeto de pesquisa, que neste trabalho a ética foi uma questão primordial, na qual o pesquisador tomou todas as medidas cabíveis para assegurar que não ocorresse nenhuma situação

que implicasse prejuízo ou constrangimento aos participantes. Condutas, atitudes e comportamentos do pesquisador durante o desenvolvimento da pesquisa foram conduzidos tendo como cerne, não somente o anonimato, mas principalmente a manutenção da confiança mútua entre pesquisador e participantes. Todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, para atender aos objetivos e alcance da pesquisa houve uma pactuação coletiva entre todos os participantes. Atendendo às diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Processo CAAE: Nº 06249312.4.0000.0086.

Teoria versus prática cotidiana ou, por que o que sabemos não praticamos?

Relatamos aqui à guisa de apresentação dos resultados e discussão uma parte da leitura crítica, elaborada **a posteriori**, sobre as reflexões expressadas pelos profissionais durante o processo de realização dos grupos intercessores.

Um dos pontos que ganharam destaque nas discussões foi que a equipe, até certo ponto, expressa os conhecimentos técnicos adquiridos sobre saúde mental, porém não consegue colocá-los em prática, não consegue transformar informação em conhecimento. Outras questões externas que também interferem na execução/realização do trabalho da equipe são a falta de apoio e direcionamento do trabalho, incentivo, estrutura física e recursos materiais. O conflito entre a questão profissional e pessoal, também, apareceu nas discussões, pois para se trabalhar com saúde mental envolve-se, também, o lidar com seus próprios conflitos. As expressões

que revelam comprometimento da autoestima da equipe estão relacionadas com a incapacidade dos profissionais de acolher as questões de saúde mental, ao mesmo tempo em que elas se mostram acomodadas, estão presas a hábitos que as deixam inertes e desmotivadas para as mudanças. Essa situação assemelha-se ao que estudos recentes sobre o trabalho em equipe na ESF revelaram: ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais¹¹, mesmo com discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais de saúde e administrativos, entre nível superior e nível médio de educação e entre médico e enfermeiro¹².

É possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho e dos saberes. Na prática, ocorre que os profissionais acabam realizando ações isoladas, expressando a fragmentação do grupo de trabalho e não um processo de trabalho integrado em equipe. A diversidade de profissionais, que atuam na unidade de saúde, possibilitaria, por meio do processo de trabalho organizado e sistematizado, o enfrentamento de inúmeras dificuldades que se apresentam no campo da Saúde Mental. No entanto, ainda é preciso um trabalho de incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde para que se tornem humanizadas e mais qualificadas em escutar e atender às necessidades de saúde da população.

O que podemos observar é que se faz necessário uma urgente articulação entre os profissionais de saúde, permitindo maior diversidade de saberes e das ações e busca de consenso, mediante uma relação baseada na interprofissionalidade.

Durante as reuniões, os médicos não participaram em nenhum dos momentos, o que

fortaleceu a ideia de que a equipe tem em relação a eles: “a de um profissional que prescreve, mas não se envolve”. Por um lado, durante as discussões, este fato não impediu que a equipe buscasse alternativas de enfrentamento para as dificuldades relacionadas ao atendimento em Saúde Mental. A equipe não se ateu à figura do médico, ou à ausência do médico, como eixo central das discussões. Isso demonstra que os profissionais, conhecendo a realidade dos pacientes junto às suas famílias e por consequência conhecendo as necessidades da comunidade, conseguem dar conta da demanda de sofrimento psíquico-leve que surge na Atenção Básica, mesmo sem o envolvimento do profissional médico. Por outro lado, os mesmos profissionais atribuem à ausência do médico a não realização de algumas atribuições.

Esse panorama se assemelha ao observado por Arce e colaboradores², no qual a equipe da Estratégia de Saúde da Família (que não possui o profissional médico em sua composição), por seu compromisso com a população, contribui efetivamente na construção da Atenção Psicossocial ao usuário portador de sofrimento psíquico. No entanto, os autores mostram, também:

“que esse compromisso da Equipe, que deveria ser um fator (que contribui para a qualidade do cuidado em Saúde Mental) entre tantos, passa a ser entendido como o único existente neste processo, denunciando, portanto, a carência de serviços e de ações em Saúde Mental para a população.” (Arce e col. 2011; p. 552).

Para compreendermos a conformação da equipe de saúde e o papel que ocupa o médico nessa equipe, não podemos deixar de assinalar que a organização do trabalho e o seu processo produtivo no âmbito da atenção à saúde é decorrente de um longo processo histórico, que conformou diferentes modelos assistenciais e de

organização de práticas que, por razões diversas, culminou na hegemonia e supervalorização do modelo clínico ou biomédico. Tal modelo passou a privilegiar a intervenção em “pedaços” do indivíduo em detrimento do todo, de modo que reações psicológicas dos pacientes ou problemas socioeconômicos envolvidos nas doenças não são passíveis de serem incorporados na formulação diagnóstica e no programa terapêutico. E mais, o modelo biomédico em terreno fértil da sociedade de consumo, induz os indivíduos e a sociedade à dependência da oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial como bons níveis de saúde³. Com isso, queremos dizer que o modelo assistencial predominante produzido no cotidiano dos serviços de saúde não pode ser considerado como de responsabilidade única dos profissionais de saúde, como asseveram⁷.

A esse propósito a equipe de saúde faz algumas reflexões a respeito da ideia generalizada de que para todo e qualquer problema de saúde haverá uma pílula salvadora e que não difere no caso do sofrimento psíquico. Assim, a situação de elevados índices de consumo de medicamentos psiquiátricos pela população de Indiana pode ser comprovada nos relatórios de dispensação de medicação psiquiátrica da farmácia municipal. Fica claro que, se por um lado pacientes procuram o atendimento médico e a receita do psicotrópico para o seu tratamento, por outro a própria equipe não acredita no seu trabalho, confirmando o modelo centrado no médico. Alguns pacientes chegam a recusar consultas de outros profissionais. Esse contexto é examinado por alguns estudiosos da área da Saúde Mental como Rosana Onocko-Campos¹⁰, que debate o lugar ocupado pelo médico e pela medicação na atenção à saúde mental. O remédio é uma prerrogativa do médico, o que lhe confere um “poder” sobre a equipe e usuários e que muitas vezes pode ser usado para dificultar

práticas democráticas dentro das equipes multidisciplinares. Além disso, a autora questiona se o uso da medicação poderia ter o sentido de não responsabilização do sujeito pelo seu problema, na medida em que a expectativa de melhora fica depositada num efeito mágico do remédio.

Durante o debate do tema, a equipe demonstra ter consciência de que não basta apenas o uso da medicação como forma de tratamento em saúde mental e que outros recursos terapêuticos são necessários para os cuidados com o paciente de saúde mental.

A complexa situação que se configura na atenção à saúde mental de Indiana, intensificada pela ausência dos médicos nas reuniões, só poderá ser resolvida num longo processo de discussão na equipe.

No âmbito das políticas de saúde mental, não podemos deixar de mencionar as lacunas, no que tange aos cuidados dos problemas de saúde mental menos graves, provocadas durante o processo da Reforma Psiquiátrica que priorizou os conceitos e práticas na atenção ao sofrimento psíquico grave e persistente¹⁶. Portanto, é inevitável falar do despreparo dos profissionais de saúde da atenção básica quando lidam com a problemática do sofrimento psíquico, acarretando em uma série de posturas inadequadas, como por exemplo, práticas discriminatórias e preconceituosas, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, como assinala Onocko-Campos¹⁰.

Na última década, o Ministério da Saúde lançou uma série de documentos focalizando a saúde mental na Atenção Básica e o aumento da capacidade resolutiva das equipes por meio da priorização da saúde mental na formação das equipes e da implantação do apoio matricial de saúde mental. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são um recurso importante, que tem a finalidade de ampliar a abrangência e a

resolutividade da Atenção Básica. Os NASF seriam formados por profissionais que não estão contemplados nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), destinados a fazer o matriciamento das equipes, apoiando os profissionais nas demandas do território. A proposta de implantação dos NASF no município foi discutida nas reuniões, estimulada pelo discernimento da necessidade de se ter um apoio matricial efetivo.

Para não concluir ou para continuar as transformações...

A equipe demonstrou, ao longo das reuniões, que é possível realizar um trabalho de qualidade. Desde que seja bem planejado e embasado, o reconhecimento e importância de cada profissional na realização das ações de saúde são essenciais para a mudança do paradigma que ainda vincule suas ações à figura do médico e ao modelo hospitalocêntrico e medicalizador. No entanto, por acreditarmos que as mudanças de comportamento têm origem, primeiro, nas mudanças de pensamento, pode-se dizer que as mudanças na prática dos profissionais desta equipe de saúde iniciam seu percurso a partir da realização destas reuniões.

A estratégia da pesquisa-ação, de trabalhar diretamente com os profissionais acabou trazendo novos desafios para o serviço de saúde de Indiana. Foi um avanço conseguir fazer a equipe de saúde se olhar, se ouvir como equipe, se reunir, discutir questões pertinentes à Atenção Básica, à Saúde Mental, e buscar novas formas de trabalho.

Dessa forma, a equipe, após o encerramento do projeto de pesquisa, não poderia tomar outra decisão que não a de dar continuidade às reuniões de equipe, agora, não mais no âmbito da pesquisa-ação, mas fazendo das reuniões um espaço de decisão da equipe de saúde que se propõe a

fortalecer ainda mais o serviço e o nosso vínculo como profissionais. A decisão de dar continuidade não foi unânime entre os profissionais, contudo a equipe está otimista de que as mudanças aconteçam e esperançosa com os futuros serviços. Uma das razões para tal otimismo reside no fato de que em uma das reuniões a equipe, consultando as portarias ministeriais referentes à implantação dos NASF, chegou à conclusão de que o município pode pleitear a criação de NASF3.

Além disso, outra questão importante, que também tem motivado a equipe, foram as iniciativas de contato de negociação com o CAPS 1 e CAPS AD do município de Martinópolis, que é referência para município, solicitando uma maior aproximação dos serviços e a implantação do apoio matricial.

Acreditamos que as principais mudanças ocorridas na equipe é que cada profissional pôde se enxergar como pessoas capazes de mudanças, capazes de reflexão sobre o seu papel como profissionais da Atenção Básica, e, fundamentalmente, viram que são capazes de gerar transformações em suas práticas, sem precisarem esperar que essas mudanças partam dos gestores, ou que venham de “cima pra baixo”, como estávamos acostumados.

Referências

1. Andreoli SB. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. São Paulo: Artmed; 2007. p.85-100.
2. Arce VA, Souza MF, Lima MG. A *práxis* da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Pysis Rev Saúde Col. 2011;21:541-560.
3. Barros JA. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde Soc. 2002;11(1): 67-84.

4. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Públ.* 2008;24(2): 456-68.
5. Costa-Rosa A, Yasui S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: Rabelo IVM, organizador. *Olhares, experiências de CAPS.* Goiânia: Kelps; 2009.
6. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educ Pesq.* 2005;31(3):483-502.
7. Merhy EE, Franco TL. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Deb.* 2003;27:316-23.
8. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.* Circular conjunta, Brasília (DF); 2003.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 26 dez 2011; Seção 1:230.
10. Onocko-Campos R, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec; 2008. p.221-246.
11. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Públ.* 2001;35(3):303-11.
12. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic. Saúde Educ.* 2005;9(16):25-38.
13. Souza AMA, Braga VAB. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta Paul Enferm.* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 26 mar 2012];19(2): 207-211. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
14. Souza RR, Campagnoni M, Azevedo CN. *Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica.* São Paulo: SES; 2009. 190 p.
15. Stringheta LVHO, Costa-Rosa A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na Atenção Básica em Saúde. In: Constantino EP, organizador. *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia.* São Paulo: Arte & Ciência; 2007. p. 145-61.
16. Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc Saúde Col.* 2009; 4:477-486.

Farmacêuticos na Atenção Básica: estudo qualitativo sobre necessidades e possibilidades de qualificação dos profissionais para a integralidade do cuidado aos usuários-cidadãos^I

Pharmacists in primary care: a qualitative study on the needs and possibilities of professional qualification for integrality of care to users-citizens

Érica Tie Miai^{II} Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins^{III}

Resumo

Introdução: Nas unidades de saúde da Atenção Básica, no município de São Paulo, vem ocorrendo, desde 2006, o ingresso de farmacêuticos. Nesse novo cenário, a qualificação profissional, para os serviços farmacêuticos, apresenta-se fundamental. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos farmacêuticos responsáveis pela coordenação da Assistência Farmacêutica – nos âmbitos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e das Organizações Sociais – a respeito das necessidades de aperfeiçoamento dos farmacêuticos que trabalham na Atenção Básica. **Método:** Foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com onze profissionais. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com a técnica da análise temática de conteúdo. **Resultados:** Apesar dos entrevistados reconhecerem a necessidade de aprimoramento dos farmacêuticos, apontam dificuldade para efetivar as atividades de qualificação, dada a complexidade e intensidade da rotina dos profissionais nas unidades. O planejamento coordenado entre instâncias da Secretaria Municipal de Saúde e das Organizações Sociais destaca-se como um dos desafios para a realização das capacitações. Foram apontados temas – técnicos e sobre relações interpessoais nas equipes – para compor os processos educativos. **Considerações Finais:** A identidade do farmacêutico como profissional da equipe, no contexto da Atenção Básica, está em construção. O aumento do número de profissionais e a harmonização das atividades de aprimoramento de acordo com as necessidades de trabalho e dos profissionais podem contribuir para a melhoria da atenção aos usuários.

Palavras-chaves: Farmacêutico; Atenção Básica; Qualificação Profissional.

^I Este artigo é derivado de parte da Dissertação de Mestrado da primeira autora, intitulada “Farmacêuticos na Atenção Básica: um estudo na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP”, defendida em 2013 junto ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRH/SES-SP).

^{II} Érica Tie Miai (emiai@prefeitura.sp.gov.br) é Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Mestrado Profissional da CRH/SES-SP, Especialista em Saúde

Abstract

Introduction: At the Basic Care healthcare units, in São Paulo, has been occurring, since 2006, the entry of pharmacists. In this new scenery, the qualification for pharmaceutical services, has become fundamental. **Objective:** To understand the perceptions of the pharmacists responsible for coordinating Pharmaceutical Assistance - in the areas of Municipal Health Secretary of São Paulo and Social Organizations - about the development needs of pharmacists working in Basic Care. **Method:** A qualitative research approach was adopted. Semi structured interviews were performed with eleven professionals. Interviews were recorded, transcribed and analyzed following the thematic analysis technique. **Results:** Although the subjects recognize the need for pharmacists improvement, pointing difficulty to effect the qualification activities, given the complexity and intensity of routine professional units. The coordinated planning between instances of the Municipal Health and Social Organizations, stands out as one of the challenges for the realization of capabilities. Themes were appointed - on technical and interpersonal relationships in teams - to compose the educational processes. **Final Remarks:** The pharmacist's identity as a health professional, in the context of Basic Care, is under construction. The increase in the number of professionals and harmonization of improvement activities according to the needs of working professionals can contribute to the improvement of health care users.

Key Words: Pharmacist; Basic Care; Professional Qualification.

Pública e Farmacêutica na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

^{III} Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (mcezira@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadora do Grupo de Pesquisa Processos Educativos em Saúde, cadastrada no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, Professora e Orientadora do Programa de Mestrado Profissional da CRH/SES-SP



Introdução

No Brasil, os modelos tecnológicos em saúde que precederam o Sistema Único de Saúde (SUS) levaram a um afastamento do farmacêutico em relação aos pacientes, pois não era prevista a sua participação na equipe de saúde; além disso, o medicamento não era considerado insumo estratégico.¹¹ No final da década de 1980, teve início a implantação do SUS, baseada nos princípios de integralidade, acesso universal e gestão democrática. Este foi o primeiro modelo a definir a Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos como parte integrante das políticas de saúde, possibilitando ao farmacêutico não só participar de maneira efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologias envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços relacionados à saúde.^{1, 5, 11}

No âmbito da Atenção Básica, o número pouco expressivo de farmacêuticos resultava em

um vácuo no que diz respeito à sua contribuição para a promoção, prevenção e tratamento de saúde e à atenção contínua de indivíduos, famílias e comunidades.¹⁵

Ressalta-se que, no contexto da Atenção Básica, os serviços farmacêuticos têm grande importância, uma vez que podem contribuir na reordenação do modelo de atenção no SUS, na busca de maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, tendo em vista a promoção de ações que podem impactar na adesão ao tratamento e na diminuição das hospitalizações por uso indevido de medicamentos. A inserção do farmacêutico pode trazer contribuições singulares à saúde das pessoas e preencher uma lacuna no sistema de saúde, relacionada à otimização da utilização de medicamentos.⁸ No âmbito do trabalho em equipe, o papel esperado do farmacêutico é que participe ativamente para que, em conjunto com os outros profissionais, possa buscar e identificar os problemas, hierarquizá-los, estabelecer prioridades e definir as estratégias para

intervenção. Espera-se, além disso, que o farmacêutico supervisione os técnicos de farmácia, contribuindo também na capacitação dos agentes comunitários de saúde, dos prescritores e demais profissionais da equipe, como também na formação de agentes multiplicadores para promover discussões relacionadas ao tema nos grupos e na comunidade.⁷

A organização de processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada a necessidade de adequar esses profissionais para atuarem nos serviços, visto que a formação desses era baseada em currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença, em detrimento da promoção da saúde e prevenção das doenças. Assim, a Educação Continuada surgiu, na década de 1980, como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços, tornando-os mais qualificados para atuar na sua função, auxiliando-os na aproximação da realidade social e oferecendo subsídios para que pudessem entender e atender às necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços.²

A partir da década de 1990, surgiu o conceito de Educação Permanente em Saúde como a busca de alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual, privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo a partir da discussão conjunta e participativa dos problemas reais. A proposta da Educação Permanente é de constituir um processo compartilhado coletivamente entre os trabalhadores de saúde e usuários do sistema para soluções dos problemas reais locais. Essa abordagem aos processos educativos foi adotada em 2003, pela Secretaria de

Gestão de Trabalho em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.^{2, 9}

Para fazer frente à complexidade das atividades na Atenção Básica, no município de São Paulo, a partir de 2006, o ingresso de farmacêuticos, que até então era realizado apenas por concurso público, também passou a ser feito por contrato por organizações sociais (OS) e outras instituições, conforme plano de trabalho nos contratos de gestão e convênios. Esse novo cenário foi abordado neste estudo.

Objetivo

Conhecer a percepção dos farmacêuticos responsáveis pela coordenação da Assistência Farmacêutica – nos diversos âmbitos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e de Organizações Sociais – a respeito das necessidades e possibilidades de aperfeiçoamento dos farmacêuticos que trabalham em unidades de saúde da Atenção Básica.

Método

Contextualização

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo está organizada em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul). Quanto ao número de farmacêuticos nos serviços, houve um aumento significativo, a partir de 2006, por intermédio de concurso público e contratações por organizações sociais e convênios. Assim, em junho de 2014, havia 337 farmacêuticos^{IV}, distribuídos nas unidades das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde.

^{IV} SMS-SP/Núcleo de Informação de Gestão de Pessoas – SIS RH em 02/06/2014

Este estudo foi desenvolvido na Coordenadoria Regional de Saúde Leste, que é constituída por 7 (sete) Supervisões Técnicas de Saúde e 231 (duzentos e trinta e um)^v estabelecimentos/serviços, instalados nos territórios delimitados pelos seguintes Distritos Administrativos (DA):

- Cidade Tiradentes: DA Cidade Tiradentes
- Ermelino Matarazzo: DA Ermelino Matarazzo e DA Ponte Rasa
- Guaianases: DA Lajeado e DA Guaianases
- Itaim Paulista: DA Itaim Paulista e DA Vila Curuçá
- Itaquera: DA Cidade Líder, DA José Bonifácio, DA Itaquera e DA Parque do Carmo
- São Mateus: DA Iguatemi, DA São Mateus e DA São Rafael
- São Miguel: DA Jardim Helena, DA São Miguel e DA Vila Jacuí.

Tipo de estudo

Foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa, pois este estudo buscou conhecer os sentidos dados ao conjunto de percepções e vivências dos sujeitos da pesquisa.¹⁰

Amostra

Foi utilizada a amostra intencional, para a qual se selecionam casos ricos em informações para os objetivos do estudo.¹³

Foram convidados, para participar do estudo, 12 (doze) profissionais dos vários contextos e níveis da Assistência Farmacêutica: Área Técnica de Assistência Farmacêutica da Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde (SMS / SP); Assessoria Técnica da Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRS Leste); Assessoria Técnica das Supervisões Técnicas de Saúde (STS); Coordenação Técnica das Organizações

Sociais que atuam na região. O papel desempenhado por esses profissionais permite que conheçam as peculiaridades da Assistência Farmacêutica da região. Os doze profissionais aceitaram o convite para participação na pesquisa; com um deles, porém, por problemas de agenda, não foi possível a realização da entrevista.

Instrumento

Foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, desenvolvida a partir de um esquema básico de perguntas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, porém não aplicadas rigidamente, permitindo à entrevistadora fazer as necessárias adaptações, acrescentando perguntas de esclarecimento, a partir dos dados que ia obtendo do entrevistado.^{3, 13}

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos sujeitos, no período de 13/03/2013 a 17/04/2013, com duração média de 40 (quarenta) minutos. Foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

Análise dos dados

Para a análise do material obtido nas entrevistas, foi utilizado o procedimento da análise temática de conteúdo, que se propõe a descobrir núcleos de sentido, isto é, o surgimento dos pontos centrais de significação que, inseridos no discurso, expressam através de sua aparição e/ou frequência, os valores de referência e os modelos de comportamento numa perspectiva qualitativa.⁶ Das categorias temáticas descritas no estudo original (dissertação de mestrado da primeira autora), foi selecionada para este artigo a categoria: “as necessidades e possibilidades de qualificação profissional”, que dá título a este artigo.

Aspectos éticos

Este estudo, de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de

^v SMS-SP/Coordenadoria Regional de Saúde Leste/Informação

Saúde/MS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/SP sob Parecer 68.402, de 02/08/2012. Os sujeitos participaram mediante consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

Quanto à caracterização dos onze participantes, observou-se que as idades variaram de 26 a 54 anos, sendo a faixa etária prevalente de 30 a 39 anos (36,4%). Quanto ao tempo de graduação, a variação foi de 04 a 30 anos, sendo a maior porcentagem de 01 a 09 anos (45,5%). Quanto ao tempo de trabalho como responsável na atual colocação, verificou-se uma variação de 09 meses a 12 anos, com 81,8% dos entrevistados desenvolvendo essa atividade de coordenação, de Assistência Farmacêutica, por período de 09 meses até 09 anos.

Neste estudo, os entrevistados tiveram dificuldade para discorrer e refletir mais detalhadamente sobre as necessidades e possibilidades de aprimoramento profissional dos farmacêuticos, revelando preocupação com uma questão fundamental: “como conciliar a rotina com a necessidade de qualificação?”. Os entrevistados relatam que, se o farmacêutico (de âmbito local) participa de reuniões e cursos ou necessita se ausentar da unidade por quaisquer outros motivos, o atendimento às demandas fica prejudicado.

“As condições de trabalho são difíceis, pois os farmacêuticos não estão todos os dias na [mesma] unidade, com exceção dos farmacêuticos dos CAPS. Os [farmacêuticos] contratados fazem interlocução de mais de uma unidade. Faltam também técnicos e isso faz com que os farmacêuticos, quando estão na unidade, fiquem o tempo todo na farmácia, o que impede que eles participem de outras atividades.” (E II)

Foi destacada a importância do aprimoramento, para reconhecimento profissional, aperfeiçoamento da qualidade de seu trabalho, mudança de status junto à população.

“A população ainda não conhece bem o papel do farmacêutico. É apenas aquele que trabalha atrás do balcão e entrega o remédio... e ponto.” (E XI)

“Muitos aprendem a teoria na faculdade, só que chega o dia a dia da unidade, e eles não aplicam. E com o passar do tempo, perde-se muita informação. [Por isso, deveria haver] capacitações para reciclagem desses farmacêuticos, para que todos possam atender com a mesma qualidade.” (E XI)

“Com relação a melhorar o desempenho dos farmacêuticos, eu acho que a inserção de atualizações frequentes, [para saber] como lidar com o usuário, como direcionar um atendimento... A gente não teve formação para esse tipo de atribuição... Então, eu acho que, quando o RH estiver adequado, vamos precisar ter outro enfoque nas capacitações e atualizações, para que a gente possa desempenhar melhor o nosso trabalho, principalmente, focando no usuário e não no medicamento.” (E V)

Com referência a cursos, alguns temas foram sugeridos: Farmácia Clínica, Semiologia, Informática, Doenças Crônicas, Saúde Mental, Emergências, Relação Profissional-Usuário, para aprimorar o atendimento ao paciente e para fortalecimento e reconhecimento do papel profissional diante das equipes.

“Temas para curso/capacitação multiprofissional, para aproximar os profissionais... Eu acho que, primeiro, relacionamento interpessoal, que é uma questão que a gente ainda tem muita dificuldade. A questão de como focar o atendimento do usuário, a gente sente

essa dificuldade – não só nos farmacêuticos, mas também nos outros profissionais.” (E V)

“Diversos são os temas para capacitação. Para melhorar a relação com a equipe [seria interessante capacitar sobre]: ‘multi’ e transdisciplinaridade; clínica farmacêutica, abordagem do paciente, troca de experiências, projeto terapêutico.” (E IX)

“Precisa de capacitação em Farmacologia, Farmácia Clínica, de abordagem de doenças. Os médicos e enfermeiros são chamados para capacitações, mas os farmacêuticos são esquecidos.” (E I)

“[Creio que seria necessária capacitação em] Semiologia, para entender um pouco das doenças; Farmacologia; informática; ‘ferramentas’ dos programas.” (E II)

“Teria que ser um curso prático, do dia a dia... e discussão de algumas doenças mais importantes: saúde mental, hipertensão, diabetes, emergências.” (E IV)

Outro tema que surgiu nas entrevistas, como proposta para capacitação, foi sobre o “próprio” Sistema Único de Saúde (SUS) como um “patrimônio” da sociedade, que necessita de permanente investimento em estratégias para a qualidade da assistência prestada aos seus usuários.²

“Os farmacêuticos precisam entender o SUS, em qualquer capacitação tem que conter tópicos do SUS.” (E II)

“O funcionamento do SUS, os conselhos gestores [seriam temas interessantes para as capacitações]” (E V)

Com relação ao aprimoramento dos farmacêuticos, Araújo et al.¹ consideram que poderiam ser organizados no serviço de saúde, com mais frequência, cursos de gerência ou oficinas para esses profissionais, auxiliando-os na solução de problemas operacionais relacionados ao atendimento de populações específicas como os idosos,

diabéticos, hipertensos, portadores de epilepsia, HIV/Aids. Furtado⁴ lembra que o aumento da expectativa de vida das pessoas vem associado ao aumento de doenças crônicas e, por consequência, ao aumento do número de medicamentos utilizados. Assim, a polifarmácia, caracterizada pelo uso de cinco ou mais medicamentos, aparece hoje como um fato na sociedade contemporânea e precisa receber um olhar criterioso, a fim de evitar danos à saúde das pessoas.

Para aprimorar o trabalho no âmbito da equipe, os profissionais se desenvolveriam com discussões sistemáticas de casos. Os entrevistados apresentam, entretanto, as dificuldades atuais para realização desse tipo de processo.

“A inserção dos farmacêuticos nas equipes de saúde acontece, mas de uma forma bem restrita. Como ainda não tem um farmacêutico por unidade — e mesmo quando tiver um por unidade, a gente tem unidade com seis ou sete equipes [ESF] —, fica difícil um só farmacêutico dar conta da demanda da população de toda a área, para fazer um trabalho adequado de orientação e acompanhamento. Enquanto não tiver pelo menos esse RH, a inserção fica limitada. As equipes acabam levando demanda, pedindo auxílio deles [farmacêuticos]; eles tentam participar de reuniões de equipe para dar algum tipo de orientação para os agentes comunitários, mesmo para os médicos e enfermeiros, para discussão de casos.” (E V)

“Na Atenção Básica é bem deficiente a inserção [em equipe]. Os farmacêuticos têm que lutar, conversar com médicos, mostrar seu trabalho para os outros profissionais: o que ele observa no balcão da farmácia — interações medicamentosas, reações adversas, se a terapia medicamentosa está adequada — Mas o farmacêutico ainda é um controlador de estoque.” (E III)

Alguns entrevistados citaram a Educação a Distância (EaD) como uma possibilidade de aperfeiçoamento que tem sido muito desenvolvida na atualidade.

“A EaD seria a melhor alternativa... É um facilitador, o acesso pela internet. Existem grupos de capacitação presencial, mas tem toda essa dificuldade: às vezes, o gerente não libera, a instituição parceira não libera. Dependendo do volume de aulas, da carga horária, fica difícil para esse profissional participar. A EaD ajuda a conciliar a questão do horário.” (E X)

A Educação a Distância (EaD), até o final dos anos 80, estava fundamentalmente baseada em material impresso. Para tanto, era necessário preparar o material instrucional, que era enviado ao aprendiz e utilizado de acordo com a sua disponibilidade de tempo. Estas condições demarcavam uma separação espacial e temporal entre o professor e os aprendizes.¹⁴ Na década de 1990, a EaD mediada pela internet nasce praticamente com a criação da web.¹² Assim, as barreiras temporais e mesmo as espaciais começaram a ser eliminadas. Por intermédio da interação a partir dessas tecnologias, professor e aprendizes podem se encontrar para trocar ideias, por intermédio de bate-papo ou chat. O distanciamento temporal passa a significar a possibilidade ou não de realizar atividades simultâneas ou síncronas. Mesmo a separação espacial está sendo minimizada pela interação que pode existir na troca entre professor e aluno, originando “estar junto virtual” utilizando-se estratégias que vão de simples transmissão de informação até o desenvolvimento de competências que são impossíveis de ser simplesmente memorizadas, já que devem ser construídas por cada aprendiz na interação com pessoas que fazem parte do seu cotidiano.¹⁴

Outros farmacêuticos entrevistados colocam as possíveis dificuldades quanto à proposta de cursos e capacitações a distância.

“À distância... eu não sei se o pessoal tem facilidade para o manejo, tem gente que tem dificuldade para entrar no ‘moodle’, não sei se seria viável. O ideal seria presencial.” (E VI)

Quanto à dimensão e abrangência dos cursos e capacitações, alguns entrevistados acreditam que seria possível a realização “por regiões”.

“A capacitação... o pessoal falou que deveria ser centralizada, por parte da secretaria. Não sei se é viável isso na cidade de São Paulo, porque tem muitas supervisões, muitos farmacêuticos, muita gente para você dar aula. O ideal seria fazer regionalizado, pegar a ‘Leste’, por exemplo. É complicado fazer na cidade inteira.” (E VI)

Uma dificuldade encontrada diz respeito à articulação entre a Secretaria Municipal da Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde com as organizações sociais, para o planejamento e realização das capacitações.

“Há muito tempo não temos capacitações para os farmacêuticos para uniformizar as atribuições^{VI} e atividades, mas elas têm que ser geral... e não capacitação pela secretaria e capacitação feita à parte pela OS.” (E I)

“A dificuldade é que a maioria dos funcionários das farmácias é da OS, então a gente não tem como convocar diretamente para as capacitações, vai depender da autorização do núcleo de educação permanente do parceiro [OS]...” (E I)

^{VI} O manual de atribuições do profissional farmacêutico está na segunda versão, elaborado por grupo técnico da SMS/Coordenadorias Regionais de Saúde/Supervisões Técnicas de Saúde.

Considerações finais

Com a presença dos farmacêuticos nos serviços da região, o que é sem dúvida um avanço para a saúde coletiva, o panorama revelado pelo estudo é de uma grande demanda de trabalho para esses profissionais, que ficam imersos em uma intensa rotina, mas ainda com discreta participação nas equipes. Vários profissionais são supervisores em mais de uma unidade, o que impossibilita o acompanhamento diário em cada uma delas. Portanto, as instâncias envolvidas na organização dos processos educativos devem contemplar, no planejamento das atividades de aprimoramento, os interesses e necessidades dos profissionais e dos serviços.

A rotina, aliada à resistência ao reconhecimento do papel profissional do farmacêutico e do seu potencial nas equipes de saúde – resistência essa por parte tanto das equipes quanto do próprio farmacêutico – não colaboram para o desenvolvimento dos processos de trabalho. Faz-se necessário o incentivo às discussões em grupo, a partir de problemas reais do serviço, de forma sistematizada e concreta.

Os temas levantados pelos entrevistados, para ações de aprimoramento profissional dos farmacêuticos, revelam que há várias lacunas a serem preenchidas, algumas relacionadas com deficiências na formação fundamental e outras relacionadas aos diferentes currículos acadêmicos/de graduação. Para preenchimento dessas lacunas, a educação a distância foi colocada como possibilidade de aperfeiçoamento, embora apresente limitações e problemas que deverão ser considerados e manejados.

Apesar das dificuldades percebidas, o cenário atual é promissor, devendo servir de estímulo ao desenvolvimento do perfil do profissional farmacêutico, no âmbito da Atenção Básica, com foco na prevenção e promoção da saúde, na

utilização racional do medicamento e na adequação às necessidades apontadas pelos usuários e pelas equipes das unidades de saúde.

Referências

1. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2008;13(Sup):611-617.
2. Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS*. 2003;6(2):123-125.
3. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
4. Furtado BT. O farmacêutico na Atenção Básica: a experiência da equipe de Programa Saúde da Família ante a Atenção Farmacêutica [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
5. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos , organizadoras. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF); 2009.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília (DF); 2007.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF); 2004.
10. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3): 44-57.

11. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Ciênc Farm.* 2008;44(4):601-612.
12. Ramos MP, Garbe GG. A experiência da UNIFESP na formação de trabalhadores da saúde por meio de cursos na modalidade de educação a distância (EaD). In: Trindade MAB, organizadora. *As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no desenvolvimento de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS)*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. (Temas em Saúde Coletiva, 12)
13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
14. Valente JA. O papel da mediação e da interação na educação a distância: estabelecendo estratégias diferenciadas de ensino. In: Trindade MAB, organizadora. *As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no desenvolvimento de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS)*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. (Temas em Saúde Coletiva, 12)
15. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc Saúde Col.* 2007;12(1):213-220.

Educação Permanente em Saúde em região de municípios de pequeno e médio porte: desafios e potencialidades

Permanent education in health in a region with small and medium size municipalities: challenges and opportunities

George Akio Miyamoto^I, Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins^{II}, Maria Angela Bianconcini Trindade^{III}

Resumo

Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem mostrado que o êxito dessa política para consolidação do SUS está fortemente relacionado à conformação e a capacidades dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) de se articularem e consolidarem o processo descentralizado de gestão e de se fortalecerem com auxílio da qualificação dos profissionais de saúde. Com o objetivo de verificar os desafios e potencialidades no processo de implementação da PNEPS, este trabalho estuda a percepção dos profissionais de saúde participantes do Núcleo de Educação Permanente (NEP) dos CGR de Itapetininga – SP, mediante a análise de sete entrevistas. A partir do procedimento de análise, emergiram sete categorias: o conceito de Educação Permanente e sua dinamicidade; a forma de ingresso no NEP; as atividades realizadas no ambiente de trabalho; as dificuldades enfrentadas na prática local; as sugestões para melhoria; a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS); expectativas, resultados e potencialidades; as transformações pessoais oriundas do envolvimento com o processo. A fala dos entrevistados sugeriu algum avanço na EPS na região, em especial quanto à formação de articuladores, reafirmando a importância da formação para o desenvolvimento profissional como política para sustentabilidade do SUS.

Palavras-chaves: Educação Permanente em Saúde; Política Nacional de Educação Permanente; Formação e Desenvolvimento Profissional em Saúde.

Abstract

Evaluation of the implementation of the National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS) has shown that the success of this policy to consolidate the Brazilian Public Health Care System (SUS) is strongly related to conformation and capabilities of CGR and CIES to articulate, consolidate the decentralized management process and strengthen through health professionals training. With the aim of verifying the challenges and potentials in the implementation of PNEPS process, this paper studies the perception of health professionals participating in the Center for Permanent Education (NEP) of the CGR Itapetininga-SP through analysis of seven interviews. From the analysis procedure, seven categories emerged: the concept of Permanent Education and its dynamics; process of joining the NEP; activities performed in the workplace; the difficulties faced in local practice; suggestions for improvement; the preparation of Regional Plans of Action for Permanent Education in Health (PAREPS); expectations, results and potential; the personal transformations arising from involvement in the process. The speech of the interviewees suggested EPS evolution especially regarding the formation of his organizers, reaffirming the importance of professional training as a policy for sustainability of the SUS.

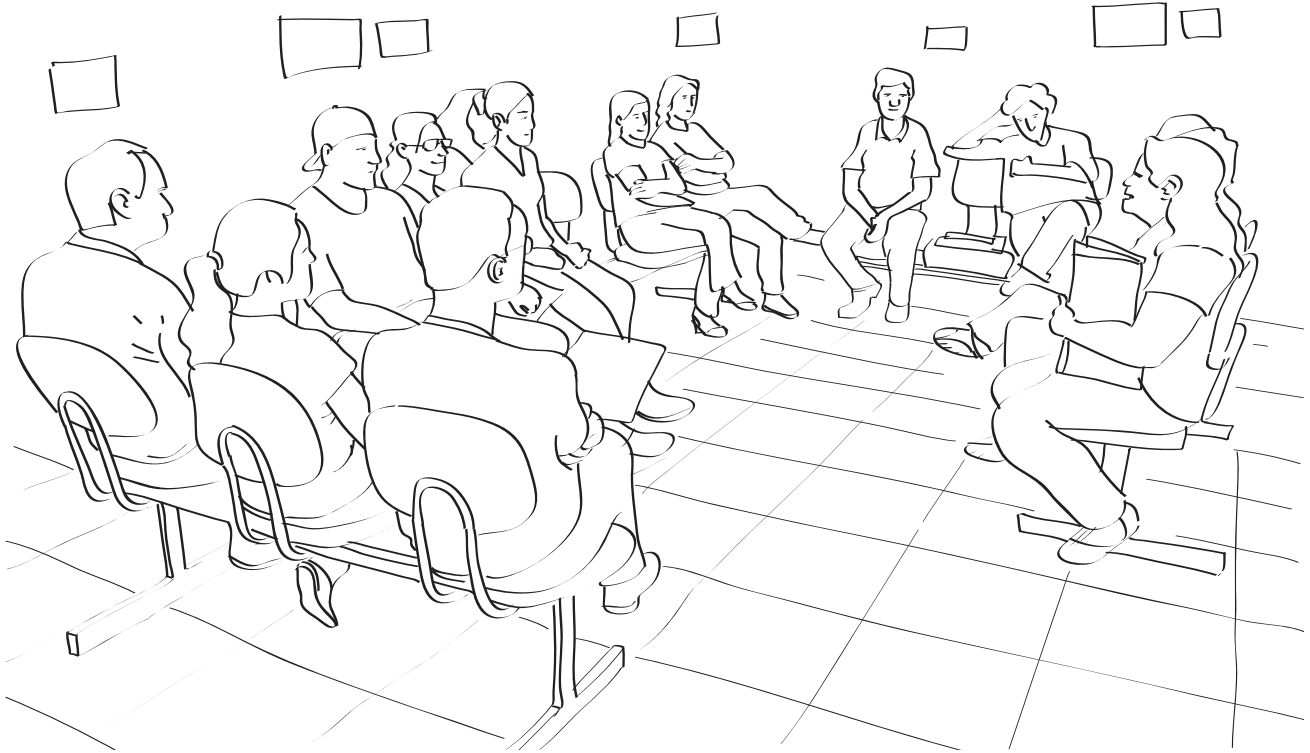
Keywords: Permanent Education in Health; National Policy for Permanent Education; Training and Professional Development in Health.

^I George Akio Miyamoto (geakio@uol.com.br) é médico, mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde/SES-SP), Médico na Estratégia Saúde da Família no município de Capão Bonito e Diretor Técnico da Santa Casa de Capão Bonito.

^{II} Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (mcezira@yahoo.com.br) é psicóloga. Mestre e Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP. Pesquisador Científico VI do Instituto de Saúde/SES-SP. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de

Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP).

^{III} Maria Angela Bianconcini Trindade (angelatrindade@uol.com.br) é médica. Mestre e Doutora em Medicina pela Dermatologia da UNIFESP. Pesquisador Científico VI do Instituto de Saúde/SES-SP. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde SES/SP. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP).



Introdução

O processo de formação e desenvolvimento profissional não termina com o fim de um curso, seja ele de qualquer nível, e sua continuidade é fundamental para atualização e adequação de ações e práticas no dia a dia do exercício profissional¹.

Nos cursos e treinamentos de atualização, os profissionais têm contato com a versão da realidade do conhecimento científico acumulado, nem sempre aplicável na prática do dia a dia. Ao privilegiar aspectos técnicos do trabalho, há cursos que reforçam a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho na medida em que são centrados no desempenho de cada categoria profissional em suas funções, social e tecnicamente determinadas. Para produzir mudanças, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las, com base na realidade para poder construir novos pactos de convivência e práticas².

O Sistema Único de Saúde (SUS), considerado a maior política brasileira de inclusão social, traz em sua essência um grande desafio no processo de garantir o exercício de seus princípios – a Universalidade, a Integralidade e a Equidade – que requer processo contínuo de formação e reflexão, envolvendo as entidades formadoras, gestores, profissionais e usuários³.

Assim, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) através da Portaria GM nº 198/2004⁴ como uma estratégia para consolidação do SUS e cujas diretrizes para sua implementação foram adequadas às do Pacto pela Saúde na Portaria GM nº 1996/2007 do Ministério da Saúde (MS)⁵.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem então como finalidade principal reconceituar e reorientar a formação e o desenvolvimento profissional, transformando os processos de trabalho, tendo como eixo da aprendizagem a problematização coletiva do cotidiano do trabalho executado². Pretende também formar uma rede de ensino-aprendizagem

no exercício do trabalho e representar um marco no processo de descentralização e disseminação da capacidade pedagógica no SUS^{6,7}.

A PNEPS, no estado de São Paulo, vem sendo implementada desde 2007 nas diferentes regiões de saúde pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), apoiados pelos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), áreas técnicas dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que foram concebidas como braços institucionais da gestão estadual e para coordenar os Núcleos de Educação Permanente (NEP) regionais⁸.

Processos de avaliação da implementação da PNEPS vêm sendo realizados em diferentes regiões brasileiras cujos relatos têm mostrado que o êxito dessa política está muito relacionado à conformação e capacidades dos CGR e dos CIES de se articularem, consolidarem o processo descentralizado de gestão e de se fortalecerem por meio da qualificação dos profissionais de saúde^{9,10}.

Como não foi detectada pelos autores nenhuma avaliação da implementação da EPS no CGR de Itapetininga, este trabalho pode ser um ponto de partida nessa importante linha para fortalecimento do SUS na região.

O CGR de Itapetininga, com uma população em 2013 de 451.399 habitantes, faz parte do DRS XVI Sorocaba e é composto por treze municípios de pequeno/médio porte populacional, assim distribuído: cinco municípios com população abaixo de 10 mil habitantes (38,46%); seis municípios com população entre 10 mil e 50 mil habitantes (46,2%) e dois municípios acima de 100 mil habitantes (15%)¹¹. A sede do CGR está localizada no município de Itapetininga, sul do estado de São Paulo, a 170 km da capital.

A cobertura de saúde suplementar deste CGR em 2010 atingia 16,4% da população, revelando

que 83,6% da população era dependente da cobertura do SUS e portanto, seu fortalecimento e consolidação era de extrema importância para garantir assistência à saúde na região¹².

O NEP regional foi criado em 2007, tendo de 12 a 19 componentes entre representantes do CDQS, profissionais, usuários, gestores e colaboradores. Os participantes deste NEP eram denominados pela DRS XVI Sorocaba como articuladores de EPS por realizarem nos seus processos de trabalho atividades relacionadas à EPS em nível regional ou municipal⁸.

Objetivo

Conhecer a percepção dos profissionais de saúde participantes do NEP do CGR de Itapetininga – DRS XVI Sorocaba – quanto à EPS desde sua implantação, com destaque aos desafios e potencialidades visando à sustentabilidade do SUS na região de Itapetininga-SP^{IV}

Método

Para a coleta das informações, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, desenvolvidas a partir de um esquema básico de perguntas, permitindo ao entrevistador fazer as necessárias adaptações a partir dos dados que ia obtendo do(a) entrevistado(a)^{14,15}.

As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador, em comum acordo com os sujeitos, em horário e local de preferência do entrevistado e de viabilidade para o pesquisador. As entrevistas tiveram duração média de

^{IV} Elaborado como uma dissertação para obtenção do título de mestre em saúde coletiva do mestrado profissional do Instituto de Saúde, da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, intitulado "Núcleo de Educação Permanente em Saúde em região de municípios de pequeno/médio porte: desafios e potencialidades"¹³.

40 minutos, foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

Os entrevistados eram integrantes do NEP regional entre 2007 e 2012. Devido à característica de grande rotatividade de seus integrantes do NEP, em especial do segmento de trabalhadores de saúde e à falta de representatividade de alguns segmentos, optou-se por definir uma amostra selecionada de membros que preenchessem os seguintes requisitos: presença em pelo menos três reuniões durante o ano anterior a realização deste estudo, participação na elaboração de pelo menos um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e que mantivessem, no momento do estudo, algum vínculo com a EPS, seja em nível municipal, seja regional. Sete de nove pessoas selecionadas preenchiam esses critérios e aceitaram participar do estudo. Tratou-se, portanto, de amostra proposital¹⁶.

Os dados obtidos foram analisados através de abordagem qualitativa de pesquisa buscando capturar a perspectiva da população estudada, isto é, “a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas”¹⁷. Para estudo do material coletado nas entrevistas foi utilizado o procedimento da *análise temática*, que se propõe a descobrir *núcleos de sentido*, isto é, o surgimento dos pontos centrais de significação que, inseridos no discurso, expressariam por meio de sua aparição e frequência, os valores de referência e os modelos de comportamento numa perspectiva qualitativa^{18,19}. Essa técnica de análise foi realizada em três fases: 1. pré-análise: o pesquisador realizava uma leitura flutuante do material coletado; 2. exploração do material – fase de codificação: os dados foram classificados e agregados em categorias teóricas ou empíricas as quais foram organizadas por temas e 3. tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Posteriormente, foram realizadas, sínteses e correlações com a literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo sob número 417.163 de 07 de outubro de 2013 e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido com apresentação dos objetivos e propostas deste estudo, estando livres para aceitar ou não sua participação.

Resultados e discussão

Dos sete entrevistados, denominados articuladores de EPS, cinco eram servidores municipais e desenvolviam atividades na assistência ao usuário, ou administrativa na gestão de projetos junto aos profissionais da saúde relacionadas a planejamento, informação e avaliação. Os outros dois entrevistados eram servidores estaduais, pertencentes ao CDQS e desenvolviam atividades na gestão do NEP Itapetininga bem como dos outros dois NEP do DRS XVI Sorocaba. A idade dos articuladores variou de 27 a 55 anos de idade; dois eram do sexo masculino (28,6%) e cinco do feminino (71,4%); seis (85,7%) eram pós-graduados e um (14,3%) possuía o nível técnico. Quanto ao tempo de participação no NEP, a variação foi entre um e seis anos, sendo a maior porcentagem (71,4%) de três a cinco anos, pressupondo-se que teriam desenvolvido nesse tempo alguma experiência em EP.

A partir do procedimento de análise temática de conteúdo, emergiram sete categorias dos depoimentos: o conceito de Educação Permanente e sua dinamicidade; a forma de ingresso e participação no NEP; as atividades realizadas como articulador de EPS no ambiente de trabalho; as dificuldades enfrentadas na prática local; as sugestões para melhoria do processo de

implementação da PNEPS na região; a elaboração dos PAREPS: expectativas, resultados e potencialidades; e as transformações pessoais oriundas do envolvimento com a Educação Permanente.

A importância de aproximar a formação profissional das reais necessidades dos usuários e qualificar o cuidado partindo da reflexão sobre a prática existente vem sendo preconizada no SUS²⁰.

A análise dos resultados deste estudo sugere que o processo de implementação da EPS na região estudada, tem-se norteado seguindo as premissas teóricas da PNEPS⁵. As entrevistas realizadas mostraram que o conceito teórico de EPS era conhecido. No entanto, assim como em estudo realizado no Recife, observou-se variabilidade em sua *práxis*²¹, sugerindo que a uniformidade ainda se restringia ao campo teórico²², tendo sido referido como uma dificuldade para os articuladores de EPS. A prática intitulada EPS, relatada pelos entrevistados, abrangeu diversas ações como: roda de conversa para ouvir queixas, reuniões para apresentações de temas, dinâmicas de grupo, apresentação de vídeos, cursos e rodas com intencionalidade de condução.

O processo de implementação da EPS na região foi focado, em especial, nas necessidades levantadas pelos trabalhadores de saúde, sem ter obtido toda a abrangência da proposta do quadrilátero da formação e desenvolvimento profissional para o trabalho na área da saúde²³. Já no estudo realizado na zona leste de São Paulo, o NEP regional atuava mais como um fórum para discussão e definição de projetos de formação a partir do ponto de vista da gestão²⁴.

A participação do articulador no NEP regional parece ter contribuído para o processo de incentivar, estimular e desenvolver ações em EPS no ambiente de trabalho, disseminando-as para os municípios,

como observado em estudo realizado no município de Embu²⁵, assim como permitir maior capilaridade e valorização dos espaços de construção loco-regionais como no estudo do Paraná²⁶.

No momento da realização da presente pesquisa, pela análise das entrevistas, o processo de formação do grupo de pessoas que constituíram o NEP regional desse CGR, sugeria que ainda não estava bem estabelecido o caminho de como um profissional de saúde, ou mesmo um usuário ou uma instituição de ensino conheciam a forma e a importância de serem representados nesse grupo para poderem colaborar para o fortalecimento do SUS da região. Também, por meio de algumas falas, pode-se notar que para se manter ativo no NEP muitas vezes o profissional de saúde teve necessidade de: garantir custeio, aprovação do gestor, realizar trabalhos relacionados à mediação de grupos e participação da direção e planejamentos locais. Essa fragilidade no processo de composição desse NEP regional parecia representar grande desafio para a consolidação da PNEPS, visto que, sua dinâmica de atuação estava muito na dependência de pessoas que, em sua maioria, foram escolhidos por aproximação com o gestor, interesse próprio, indicação por falta de outra pessoa, sem critérios definidos para sua inclusão e enfrentavam dificuldades para a permanência por falta de apoio e ou indefinição quanto às práticas diante de suas realidades municipais. Estes problemas foram discutidos num estudo realizado no Paraná, sendo observado que entre as condições para a sustentabilidade da EPS foi apontado, comprometimento dos gestores com a política e a mudança do modelo gerencial verticalizado²⁶.

Os entrevistados desta pesquisa relataram a existência de muitas dificuldades para o processo de implementação da PNEPS na região, mas também referiram ser necessário determinação

e capacitação para se colocar em prática atividades visando a propiciar a formação e o desenvolvimento profissional em saúde sob a ótica da EPS, para se ter possibilidade de reorganizar o modo ou processo de trabalho³. Diferente do que pode ser observado nas propostas de cursos de formação, quando os profissionais retornam aos seus serviços e muitas vezes constataam que o que aprenderam não lhes forneceu elementos suficientes para enfrentar a problemática de sua realidade de trabalho²⁷.

Foi consenso entre os entrevistados, que seria fundamental ter mais tempo dedicado ao exercício da função como articulador de EPS. Assumir diversos compromissos incluindo aqueles que já faziam parte do rol da função do profissional colocava a EPS como atividade prática secundária. Mas, também foi referido que não bastava apenas tempo, mas um maior processo de formação do próprio articulador, tanto conceitual quanto nas ferramentas a serem utilizadas no dia a dia. Num estudo da avaliação da participação de um curso de formação de facilitadores em EPS – estratégia adotada pelo MS – realizado no Paraná, houve o reconhecimento dos participantes da contribuição na potencialização da EPS²⁶.

Entre as ações esperadas dos NEP regionais, constava a elaboração anual dos planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) considerada importante para o norteamento das atividades e direcionamento dos esforços dos diferentes segmentos da saúde para o processo de transformação das práticas e condições de saúde de determinada população e sua realidade loco-regional. Na região estudada, a elaboração conjunta destes planos segundo as diretrizes da PNEPS, envolvendo articuladores de EPS dos treze municípios e representantes do estado, sugere parecer ser um grande desafio a ser

superado, em especial, pela distância entre os municípios e a falta de articulação entre o estado e as realidades municipais, tanto no processo de elaboração dos PAREPS quanto, em especial, na sua execução²⁸, distante do proposto em levantamento realizado em São Paulo²⁹. Estes desafios foram discutidos numa pesquisa realizada em Santa Catarina sobre a consolidação crescente dos espaços de formulação e execução de ações de EPS nos diferentes níveis de gestão a partir das diretrizes da PNEPS²⁸.

Mas, mesmo que muitas das necessidades levantadas nos PAREPS tenham tido como respostas a realização de cursos pontuais, o processo vivenciado pelos profissionais diretamente relacionados ao NEP regional estudado, parecia sugerir algum avanço da EPS na região do CGR de Itapetininga. Ressaltando-se, como exemplo das falas dos entrevistados: a forma de como os encontros regionais eram anteriormente realizados partindo de um modelo meramente expositivo de assuntos considerados importantes pelo estado, para um participativo, de construção a partir das necessidades levantadas pelos municípios. Também foi realçada pelos entrevistados a importância dos cursos realizados na região que utilizaram a dinâmica participativa, estimulando a EPS com diferentes modalidades em nível municipal ou regional como o Curso Introdutório à Estratégia Saúde da Família e o Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde.

Apesar dos inúmeros desafios enfrentados, todos os entrevistados referiram que a vivência em EPS contribuiu para transformações pessoais e para repensar e transformar o processo de trabalho, tal como verificado em estudo realizado com auxiliares de enfermagem em Sobral (CE)³⁰, quando houve mudanças em suas práticas profissionais, mediante o empoderamento e aperfeiçoamento de competências²⁶.

Referências

1. Farah FF. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS*. 2003;6(2):123-125.
2. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2005;9(16):161-77.
3. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília (DF); 2000.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília*, 16 fevereiro 2004.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília*, 22 agosto 2007.
6. Ceccim RB. Educação permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Rev Min Saúde Públ*. 2005 b;3(5):4-15.
7. Sarreta FO. Educação permanente e saúde para os trabalhadores do SUS [monografia na internet]. São Paulo: UNESP: Cultura Acadêmica; 2009. [acesso em 01 set 2014]. Disponível em: <http://books.scielo.org>
8. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. Departamento Regional de Saúde XVI - Sorocaba. 2009 a 2013.
9. Viana ALD, Fonseca A, Pierantoni, Figueiredo J, Pinheiro M, Faria R. Recursos Humanos e Regionalização da Saúde. Programa de Monitoramento e Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente. São Paulo; Faculdade de Medicina da USP; 2010.
10. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo Perspec*. 2008;22(1):92-106.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2010. [acesso em 10 ago 2014]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/painel>
12. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Indicadores de saúde do estado de São Paulo. [monografia na internet]. São Paulo; 2010 [acesso em 10 ago 2014]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/des-taques//indicadores_de_saude_est_sp_ses_10.pdf
13. Miyamoto GA. Núcleo de Educação Permanente em Saúde em região de municípios de pequeno/médio porte: desafios e potencialidades [dissertação de mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2014.
14. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
15. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):44-57.
17. Ludke M, André MED. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004.
19. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011;20(4):884-899.
21. Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(2):425-441.
22. Buccini GS, Nogueira-Martins, MCF, Sanches MTC. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. *BIS. Bol Inst Saúde*. 2009;48:51-54.
23. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS. Rev Saúde Col*. 2004;14(1):41-65.
24. Freitas, MW. O modo de pensar a Educação Permanente em Saúde em uma região da cidade de São Paulo [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.
25. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. *Saúde Soc*. 2009;18:48-51.
26. Nicoletto SCS, Bueno VLRC, Nunes EFPA, Júnior LC, González AD, Mendonça FF et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde Soc*. 2013;22(4):1094-1105.
27. Cardoso IV, Murad ALG, Bof SMS. A institucionalização da educação permanente no programa de saúde da família: uma experiência municipal inovadora. *Trab Educ Saúde*. 2005;3(2):429-439.
28. Andrade SR, Meirelles BHS, Lanzoni GMM. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. *O Mundo da Saúde*. 2011;35(4):373-381.
29. Seixas P. Avanços e perspectivas na política de gestão de recursos humanos: desenvolvimento de pessoas e qualificação dos profissionais do SUS/SP. *BIS. Bol Inst Saúde*. 2009;48:15-25.
30. Balbino AC, Bezerra MM, Freitas CASL, Albuquerque IMAN, Dias MSA, Pinto VPT. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. *Trab Educ Saúde*. 2010;8(2):249-266.

Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na década de 2002-2012 no município de Embu das Artes, SP

Promoting, protecting and supporting breastfeeding in the decade of 2002-2012 in the town of Embu das Artes, SP

Lucimeire S. M. Brockveld^I, Marina Ferreira Rea^{II}

Resumo

Este artigo procurou retratar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, nos últimos dez anos no município de Embu das Artes, região metropolitana da grande São Paulo. Método de estudo: coleta de dados documentais de arquivos, completada por informações de pessoas-chave, atuantes na década pesquisada (2002-2012) em Embu das Artes. Foi também aplicado um questionário a participantes dos cursos de aleitamento materno realizados nesta década. Todos os achados foram cotejados com os resultados de pesquisas realizadas na cidade. A documentação analisada, assim como as entrevistas realizadas demonstram que houve alguns avanços conforme dados de pesquisas, onde se vê uma curva ascendente inicial saindo de uma taxa de 16% em aleitamento materno exclusivo (AME) de 0-6 meses em 2001 chegando a 42% em 2010, mas com períodos de estagnação e a seguir caindo para 34% em 2012. A análise destas flutuações sinaliza que o AME melhora quando as ações se intensificam. Os resultados do presente estudo apontam para o papel das ações realizadas na rede básica e as campanhas como prováveis contribuintes para o aumento nas taxas de AME, embora ainda aquém do recomendado. Não se conta com rotinas e serviços pró-amentação nas maternidades locais, o que aponta para a necessidade de organizá-los, além de agregar elementos protetores do aleitamento materno como o monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos Infantis e a implantação da legislação trabalhista para todas as mulheres, para que continue o aumento do AM.

Palavras-chaves: Aleitamento Materno, Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

Abstract

This article was carried out to describe trends in actions of breastfeeding promotion, protection and support, in the last ten years in the city of Embu das Artes, metropolitan area of great São Paulo. Study method: collection of documentary data file completed by key-informant interviews, active in the researched decade (2002-2012) in Embu das Artes. It was also applied a questionnaire to participants of breastfeeding courses performed in this decade. All findings were confronted with the results of researches made in the city. The documents analyzed as well as the interviews, show that there was some increase, according to the research data, where it is possible to see an upward curve of 16% on exclusive breastfeeding (EBF) of 0-6 months in 2001 to 42% in 2010, with periods of stagnation and then dropping to 34% in 2012. The analysis of these fluctuations might estimate that EBF improves when the actions are intensified. According to the results of the study the actions performed in primary health care and the campaigns, are probably those most important to contribute to an increase in breastfeeding rates, although still short of recommended. There is no adequate routines pro-breastfeeding in maternity services, what shows the need of organize them, as well add protective elements of breastfeeding as the marketing of breastmilk substitutes with monitoring of the National Code - the so-called NBCAL (Brazilian Standard Food marketing and Products for Early Childhood), and the implementation of labor legislation for all women, to continue the increase of EBF levels.

Keywords: Breastfeeding; Primary Health Care; Health Promotion.

^I Lucimeire de Sales Magalhães Brockveld (lucimeirebrockveld@gmail.com) é cirurgiã-dentista, mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Mestrado Profissional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e em Gestão de Organização Pública de Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO).

^{II} Marina Ferreira Rea (marifrea@usp.br) é médica, doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica do Instituto de Saúde, SP aposentada. Professora colaboradora do Programa de pós-graduação da FSP/USP Consultora do Ministério da Saúde. Ex-coordenadora dos programas de aleitamento materno da OMS em Genebra, Suíça.



Introdução

Este texto baseia-se em uma dissertação de mestrado⁵, defendida em 2013, na qual foi documentada e analisada a trajetória do programa de aleitamento materno no município de Embu das Artes, buscando identificar lacunas e possibilidades de melhoria de sua implantação. Os benefícios do aleitamento materno estão amplamente descritos na literatura e demonstram que crianças que mamaram exclusivamente até os 6 meses, comparadas com crianças que receberam leite materno até 3-4 meses, época em que foi introduzida alimentação complementar, adoeceram menos de infecção intestinal, tiveram menos hospitalizações por infecção respiratória, além de não apresentar déficits de crescimento, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento⁹. Este estudo⁹ mostrou, ainda, que para as mães que amamentam há maior perda de peso, e o período de amenorreia pós-parto foi mais prolongado. O leite humano é

muito mais do que uma fonte de nutrientes. É uma substância viva de grande complexidade biológica, com mais de 200 substâncias, importantes para o desenvolvimento saudável do bebê. A amamentação previne alterações das funções orais, cuidando de estabelecer estruturas corretas, que previnem má oclusão, distúrbios de crescimento e de desenvolvimento da face, hábitos orais e outros⁶. A prática de amamentar favorece ainda o estabelecimento de vínculos afetivos resultando em maior segurança para a mãe e para a criança, contribuindo para seu desenvolvimento afetivo-emocional e social².

Um estudo de análise de custo-benefício concluiu que, se 90% das mães americanas cumprissem a recomendação de amamentação exclusiva por 6 meses, haveria uma economia de 13 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos, isso não incluindo a diminuição do absenteísmo no trabalho dos pais ou morte dos adultos por doenças adquiridas na infância, como asma, *diabetes melito* tipo I ou obesidade⁷.

Assim sendo, a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno são consideradas algumas das estratégias de saúde de melhor custo-benefício, principalmente em saúde pública¹. Uma pesquisa realizada no estado de São Paulo, entre 1999 e 2000, concluiu que a amamentação no primeiro ano de vida pode ser a estratégia mais exequível para redução da mortalidade pós-neonatal para além dos níveis já alcançados em municípios desse estado⁸.

O objetivo deste estudo⁵ foi documentar e analisar a trajetória do programa de aleitamento materno no município de Embu das Artes, buscando identificar lacunas e possibilidades de melhoria de sua implantação.

Aleitamento materno e políticas públicas

A análise de uma política tem como objetivo lidar com os problemas com que se defrontam seus formuladores e auxiliar o seu equacionamento¹⁸. A finalidade é encontrar pontos em que soluções podem ser tentadas, permitindo alguma melhoria e deve ser uma empreitada multidisciplinar que visa a interpretar as causas e consequências da ação do governo²⁰.

O único critério para uma boa política pública é o do consenso possível em torno de uma solução, e ele é obtido de maneira mais fácil quando se abordam questões pontuais¹⁰. Pelo seu amplo escopo e complexidade, a análise macropolítica dificilmente é capaz de proporcionar consensos, portanto, propõe-se trabalhar com a análise de políticas específicas, buscando soluções setoriais dos problemas, sugerindo a redução e a limitação do foco das análises, de maneira que identifique problemas determinados e pontuais.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal, tem como uma de suas diretrizes a descentralização das ações

e serviços de saúde. Entre as competências do município estão planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos dessa área.

Os aspectos expostos indicam a relevância de se analisar programas e políticas de saúde dos municípios brasileiros – como é o caso do aleitamento materno (AM) – e outros temas de importância para a saúde das populações. Assim, poderemos contribuir para o maior entendimento da política de saúde do município como um todo. Este foi o objetivo deste estudo.

Um pouco da história das estratégias de aleitamento materno no Brasil

Em 1981, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que teve sua coordenação renovada em 1987, obtendo algumas conquistas como a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos Infantis em 1988 e a inclusão na Constituição desse ano de pelo menos dois benefícios em prol da amamentação: o direito da trabalhadora a quatro meses de licença-maternidade e o direito ao pai a cinco dias de licença-paternidade¹⁶. Essa norma foi transformada na Lei nº 11.265³ e a licença-maternidade foi ampliada para 6 meses em empresas que aderem a essa proposta, além de terem sido lançadas pelo Ministério da Saúde as Salas de Apoio à Amamentação nas empresas e outras propostas de ação para a rede básica¹⁴.

Em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de resgatar o direito de a mulher iniciar adequadamente o aleitamento materno a partir do pré-natal e da sala de parto, mediante mudanças nas rotinas das maternidades. O Brasil foi um dos primeiros países a adotar a IHAC^{11, 12}.

Em 1992, foi criada a Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação (WABA), que se mostrou fundamental para incentivar a participação de profissionais e da população em geral na Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), comemorada na primeira semana de agosto de cada ano, tratando de temas que instigam todos a refletirem sobre essa prática²¹. Em nosso país, a SMAM é comemorada em centenas de municípios.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH-BR)¹⁷ é outra ação de enorme importância realizada aqui cuja tecnologia já vem sendo exportada para mais de 20 países. Hoje, estão em funcionamento 328 bancos de leite humano e mais 211 postos de coleta, segundo dados do Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

As ações pró-aleitamento materno na atenção básica começaram a ser mais bem estruturadas na Rede Amamenta Brasil¹³, lançada em 2008 pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM n. 2799 visando a contribuir com o aumento dos índices de aleitamento materno nas cidades brasileiras, capacitando profissionais da atenção básica, fortalecendo as UBS e o SUS. Em 2010, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), lançou a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), em que um dos objetivos é motivar e informar os profissionais de saúde sobre a importância da continuidade da amamentação até pelo menos o segundo ano de vida acompanhada de alimentos saudáveis. Em 2012, essas duas propostas foram unificadas na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Os trabalhadores deste nível de atenção atuam diretamente e de forma contínua com gestantes e puérperas, sendo importantes difusores de conhecimento e, de fato, podem promover e apoiar o aleitamento materno nas suas localidades¹⁵.

Método

Realizou-se coleta de dados documentais de arquivos, completada por informações de pessoas-chaves, atuantes na década pesquisada (2002-2012) em Embu das Artes⁵. Foi também elaborado um questionário para entrevistar participantes dos cursos de aleitamento materno realizados nessa década. Estas entrevistas foram realizadas por uma das autoras (LB). A intenção foi apenas a busca de dados qualitativos que ilustrassem a documentação encontrada dando a palavra ao funcionário do município pesquisado. O projeto incluindo o TCLE foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado.

O Município de Embu das Artes

Embu das Artes é uma cidade localizada na região sudoeste da grande São Paulo, com uma população de 240.230 habitantes no ano de 2010, segundo último censo do IBGE.

O coeficiente de mortalidade infantil, segundo o Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), foi de 9,6 por mil nascidos vivos no ano de 2010, elevando-se para 11,9 em 2011 e 12,3 em 2012.

Sua rede de assistência é composta por quinze unidades básicas de saúde, uma equipe de serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), duas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar, dois centros de especialidades médicas, dois de especialidades odontológicas, um CAPS II, um CAPS AD, um centro de convivência, um centro de saúde do trabalhador e um centro de zoonoses¹⁹.

Resultados

A decisão política de implantar um programa municipal de aleitamento materno no final do ano de 2002 foi o resultado da avaliação de um secretário municipal de saúde, sanitarista, que

viu ser necessário fomentar e fortalecer as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, por entender essa prática como uma das mais importantes para a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil.

Iniciaram-se desde então o planejamento e execução da atualização e capacitação em serviço dos profissionais de saúde de Embu das Artes.

A realização de treinamentos em serviço em aleitamento materno foi intensificada nos primeiros anos do programa, conforme demonstrado nos resultados encontrados. Em 2002, no mês de novembro, ocorreram dois seminários destinados a profissionais de diversas áreas da saúde para mostrar a importância do tema e para preparar novas diretrizes de ação.

No final desse mesmo ano foi contratada uma empresa para ministrar o curso de manejo clínico em aleitamento materno inicialmente para vinte profissionais de diversas áreas, que seriam depois os *multiplicadores* para toda a rede de atenção à saúde do município.

Na nossa busca e análise documental, não foram encontrados dados específicos por categorias profissionais dos participantes dos cursos, oficinas e demais encontros realizados nessa fase. Sabe-se, entretanto, que em cada curso havia a presença de médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, assistentes sociais, gerentes, pessoal de recepção e administração. Observa-se que a categoria mais presente foi a de enfermagem, tanto com enfermeiros como com técnicos e auxiliares.

O curso de 18 horas sobre aleitamento materno é bastante abrangente, e a forma de ministrá-lo para não prejudicar o andamento dos serviços foi dividi-lo por temas nos diferentes dias da semana e seguindo sempre a mesma programação. Estima-se que, na década estudada, cerca

de dois terços dos trabalhadores da saúde do município foram capacitados, atualizados ou sensibilizados em aleitamento materno.

Com o objetivo de conhecer e analisar a repercussão dos cursos de AM realizados durante todo o período estudado buscamos entre os profissionais atuantes no município aqueles que haviam participado dos cursos. Foram captados 64 profissionais, sendo 12 enfermeiros (que representam 81% dos que fizeram o curso e 36% da totalidade de enfermeiros da rede básica) e 52 auxiliares ou técnicos de enfermagem (representando 66% dos que fizeram o curso e 46% da totalidade de auxiliares e técnicos da rede básica). Todos esses profissionais fizeram o curso de manejo em aleitamento materno de 18 horas, em diferentes momentos dos últimos dez anos.

No questionário constava uma pergunta sobre **o que o curso representou para a melhoria do trabalho**, e apenas uma funcionária respondeu não se lembrar de nada do que aprendeu no curso.

Na opinião dos entrevistados, *o curso ensinou, mudou a visão sobre aleitamento, mostrou a importância de reforçar as informações, deu subsídio para orientar melhor as mães e as famílias, atualizou, enriqueceu, facilitou, foi importante, representou novo conhecimento, empoderou, acrescentou, relembrou aspectos importantes, apresentou novidades, representou crescimento profissional, deu segurança para falar do assunto, tirou dúvidas.*

Na rede hospitalar, composta pela maternidade municipal e pelo Hospital Geral de Pirajussara, pudemos observar que os nascidos no período estudado não se beneficiaram das práticas hospitalares recomendadas para favorecer o início do aleitamento materno exclusivo. O município não possui banco de leite humano nem posto de coleta de leite humano, nem oferece o Método Canguru.

Em relação à proteção legal ao aleitamento materno, nossa busca por documentação local mostrou que em 10 de novembro de 2008, com a promulgação da Lei nº 2.348, o município prorrogou a licença-maternidade das servidoras municipais para 6 meses, seguindo a Lei federal nº 11.770, de setembro desse mesmo ano. As funcionárias que trabalham nas empresas contratadas para prestação de serviço, como o Cejam, que admitem os profissionais da ESF, não possuem essa ampliação.

A consulta ao setor de vigilância sanitária local mostrou que não existiu no período nenhum treinamento nem monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), não existindo controle no município, da propaganda de substitutos de leite materno, bicos, chupetas e mamadeiras.

Nossos achados mostram também que as ações de promoção de aleitamento realizadas

todos os anos desde 2003, durante a SMAM (Semana Mundial de Aleitamento Materno) foram a cada edição se tornando parte da atuação dos profissionais de saúde e envolveram a população. Em julho de 2012, foi promulgada a Lei municipal 2.616 que criou a Semana Municipal de Aleitamento Materno.

A experiência do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), desenvolvido pelo Instituto de Saúde (IS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, onde a equipe do município foi capacitada, forneceu a base para os procedimentos metodológicos das pesquisas periódicas de dados realizadas em Embu das Artes. Estas pesquisas funcionam como uma resposta à necessidade de informação referente às ações desenvolvidas nos municípios para auxiliar no planejamento e avaliação dessas ações.

A partir de 2004, em todos os anos pares foram levantados dados, como mostramos a seguir:

Tabela 1. Dados das Pesquisas AMAMUNIC realizadas no Município de Embu das Artes, nos anos 2001, 2004, 2006, 2008, 2010 e 2012.

ANOS	2001	2004	2006	2008	2010	2012
AME < 6 MESES	16%	27%	27%	37%	42%	34%
AMP < 6 MESES	22%	15%	17%	15%	12%	11%
AME + AMP < 6 meses	38%	42%	45%	52%	54%	45%
AM 9 a 12 MESES				58%	55%	50%
AM NA 1ª HORA DE VIDA				67%	67%	66%

Discussão

O resultado deste estudo demonstrou que a situação do aleitamento materno em Embu das Artes melhorou no decorrer do período estudado, com oscilações, porém ainda está distante do preconizado pela OMS e MS, de aleitamento exclusivo até os seis meses de vida e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais.

Em 2010, o município apresentou um AME em menores de seis meses de 42%, acima, portanto, da média nacional mostrada na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal⁴. No conjunto das capitais brasileiras e DF, a prevalência foi de 41,0%. Segundo a pesquisa, o comportamento deste indicador foi bastante

heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA.

Nesta mesma pesquisa, a região Sudeste obteve o índice de 39,4%, próximo ao da capital paulista, que foi de 39,1%.

O estudo deixou claro também que aliado aos esforços de qualificação profissional são necessárias mudanças institucionais para melhorar o atendimento da mulher na fase de amamentação, como propiciar espaços adequados nas unidades a fim de receber de maneira humanizada essa mãe e providenciar material de apoio às equipes. Estas são algumas das reivindicações citadas nas entrevistas com funcionários da rede básica.

Nova estratégia de capacitação como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pode dar novo direcionamento às unidades básicas, envolvendo todos os profissionais e otimizando as ações já desenvolvidas.

Em relação à área hospitalar, a análise dos equipamentos oferecidos nas maternidades para um bom início da amamentação mostrou-se insatisfatória, pois a IHAC não está presente e sem esta estratégia as crianças continuarão a nascer em condições inadequadas para a prática do AME e, portanto, com um prognóstico ruim em relação à sua continuidade.

A implantação de um banco ou posto de coleta de leite humano e um ambulatório para o atendimento das mães e bebês com alguma dificuldade no aleitamento podem contribuir para diminuir o desmame precoce. Quanto à proteção do aleitamento materno, a lei municipal (Lei nº 2.348/2008) que prorrogou a licença-maternidade para a servidora municipal representa um avanço da administração pública, e que deveria ser adotado pelos parceiros contratados pela municipalidade, bem como estendido às trabalhadoras com outros tipos de vínculo, como às

funcionárias das empresas terceirizadas e bolsistas da frente de trabalho.

Em relação à proteção das mulheres-mães de Embu das Artes à exposição à propaganda indevida de substitutos do leite materno, bicos, chupetas e mamadeiras, é necessário realizar o monitoramento da Lei nº 11.265 pela vigilância sanitária local.

Considerações finais

A descrição e análise de dez anos do programa de aleitamento materno no município de Embu das Artes permitiram comprovar a importância das ações de AM desenvolvidas em um município, visando a dar base à sua reformulação. No município estudado, este trabalho procurou reconstruir o passado coletando conhecimentos que nos levam a encontrar propostas eficientes para a transformação da situação atual, justificando os esforços na continuidade e incremento das ações já desenvolvidas e entendendo que esta iniciativa melhora a qualidade de vida das crianças nascidas nesta cidade e de suas famílias. É possível constatar que as ações realizadas em Embu das Artes na década estudada, provavelmente contribuíram para um aumento das taxas de aleitamento materno, embora, ainda, aquém do recomendado.

O diagnóstico realizado com as pesquisas locais devem continuar respaldando as ações, fortalecendo as exitosas e direcionando para novas estratégias.

As possibilidades de melhoria do programa, de acordo com as recomendações da OMS e MS apontam:

- 1) Há necessidade de melhoria nos processos de trabalho das maternidades. Sabendo-se que um bom início da amamentação ocorre nestes estabelecimentos de saúde é preciso intervir

nestes espaços mais efetiva e eficazmente. Enquanto o poder público não assumir a IHAC, haverá poucas possibilidades de avanços.

2) Os dados de observação da série histórica mostram que é necessário agregar às atividades realizadas na rede básica e nas SMAM, elementos protetores do aleitamento materno, como a NB-CAL e a implementação da legislação trabalhista para todas as mulheres. Neste sentido, trabalhos intersetoriais envolvendo secretarias como da Educação, Cultura, Assistência Social, Trabalho e Cidadania e outras seriam os mais adequados.

3) Faz-se oportuno aproveitar a força da mídia para a divulgação da Semana Mundial de Aleitamento Materno e de outras atividades promocionais de AM, fazendo chegar a todos a importância desta prática.

4) Identifica-se a necessidade de uma equipe de coordenação de todas estas ações, designada especialmente para esse fim e com um plano de metas adequado.

Referências bibliográficas

1. Araújo MFM, Fiaco AD, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004; 4: 135-141.
2. Bowlby J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
3. Brasil. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília DF, 4jan2006-Seção 1:1*.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
5. Brockveld LSM, Rea MF. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2013.
6. Carvalho D. SOS Respirador Bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo: Lovise; 2003
7. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012; 129(3):e826-e841.
8. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JCR. Estimativa do impacto do aleitamento materno sobre a mortalidade infantil. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(3): 319-325.
9. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; (1): CD003517.[acesso em 20 maio 2012]. Disponível em: www.thecochranelibrary.com
10. Lindblom CE. O processo de decisão política. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 1981.
11. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 756. Estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. *Diário Oficial da União*. Brasília DF, 16dez2004-Seção1: 99.
12. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 1.153. Redefine os critérios de habilitação do Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília DF; 22maio2014- Seção1:43.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 2799, de 18 de novembro de 2008. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Amamenta Brasil. *Diário Oficial da União*. 19 nov 2008; Seção 1: 124.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília DF; 2010.
15. Ramos CV, Almeida, JAG, Alberto NSMC. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8): 1753-1762.
16. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup.1):S37-S45.
17. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz. Acesso em 25 abr 2013. Disponível em:www.fiocruz/redebl.
18. Rua MG. Políticas públicas. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2009.
19. Secretaria da Saúde de Embu das Artes. *Relatório de Gestão, 2010*. Embu das Artes, 2011.
20. Wildavsky A. *Speaking truth to power: the art and craft of policy analysis*. Boston: Little Brown;1979.
21. World Alliance for Breastfeeding Action [homepage na internet]. Acesso em 14 mar 2012. Disponível em: <http://www.waba.org.br>.

Avaliação do Déficit Cognitivo em Pessoas Idosas Atendidas na Atenção Básica no Município de Jacareí, São Paulo

Evaluation of Cognitive Deficit in the Elderly Attended in Primary Care in the city of Jacareí, São Paulo

Márcia Cristina Souza dos Santos¹ Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

Analisaram-se a prevalência do déficit cognitivo e a sua associação com outras condições de saúde e com fatores sociodemográficos em idosos atendidos em nível da Atenção Básica de Saúde no município de Jacareí, SP. Selecionou-se uma amostra de conveniência intencional de 383 idosos da área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se questionário que abrangeu características sociodemográficas, do estado de saúde e estilo de vida, além de escalas para as avaliações do déficit cognitivo, da depressão e da capacidade funcional. Analisaram-se prontuários dos suspeitos de demência quanto à presença de avaliações clínicas ou de exames para o declínio cognitivo anterior ao estudo. A prevalência de déficit cognitivo foi de 33,4%, e elevações significativas foram observadas em relação a algumas características sociodemográficas, de condições de saúde e de comportamentos do estilo de vida. Mais de 90% dos prontuários não mencionaram nenhuma avaliação relacionada ao transtorno cognitivo. Estes achados devem contribuir para a implantação de um protocolo de diagnóstico e tratamento do agravo, otimizando os serviços existentes e com o planejamento de educação permanente dos profissionais de saúde nessa área.

Palavras-chaves: Idoso, Déficit Cognitivo e Demência.

Abstract

We analyzed the prevalence of cognitive deficit and its association with other health conditions and sociodemographic factors in elderly patients of primary health care in the city of Jacareí, SP. It was selected a sample of 383 elderly intentional convenience of the area covered by the four Primary Health Units. We used questionnaire which covered sociodemographic characteristics, health status and lifestyle, as well as scales for the evaluations of cognitive deficit, depression and functional capacity. We analyzed medical records of suspected dementia for the presence of clinical evaluations or examinations for cognitive decline prior to the study. The prevalence of cognitive deficit was 33.4%, with significant elevations in relation to sociodemographic characteristics, health conditions and lifestyle behaviors. Over 90% of the records did not mention any evaluation related to cognitive impairment. These findings should contribute to the implementation of a diagnosis and treatment protocol for this disease, optimizing existing attendance with its planning and permanent education of health professionals in this area.

Keywords: Elderly, Cognitive Deficit and Dementia.

¹ Márcia Cristina Souza dos Santos (crismax2008@hotmail.com) é médica, Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), médica da Atenção Básica da Secretaria de Municipal de Saúde de Jacareí.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela USP, docente do Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde SES/SP



Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. Isso pode ser observado pela significativa elevação da esperança de vida. Uma menina e um menino nascidos em 2012 chegarão a atingir, em média, respectivamente, uma idade de 72,7 e 68,1 anos. Isso significa 6 anos a mais do que a média mundial da esperança de vida para os nascidos em 1990. Os maiores progressos foram observados nos países em desenvolvimento cuja esperança de vida aumentou 9 anos entre 1990 e 2012²⁰.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) estimou em 2012 que no Brasil a população idosa soma 24,8 milhões de brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas¹².

Paralelamente ao envelhecimento populacional, observamos um incremento das doenças crônicas e degenerativas no perfil epidemiológico

da população. A essas condições podem advir sequelas que podem comprometer o nível de independência da população idosa.

Entre as doenças de caráter crônico as síndromes demenciais ganham destaque, dada a magnitude de sua prevalência e a influência na perda da autonomia e independência dos idosos. Estudo de base populacional, realizado em Catanduva/SP, observou prevalências de demência que aumentam exponencialmente com a idade, passando de 1,3% no grupo etário de 65 a 69 anos a 37,8% no de 85 anos e mais. Proporções semelhantes foram constatadas em estudo de metanálise, referido por Nitri em 1999¹⁸, conduzido por Jorm e colaboradores em 1987.

Nos últimos anos, o transtorno cognitivo leve (TCL), que se refere a pacientes que apresentam déficit cognitivo, usualmente acompanhado de anormalidades em testes neuropsicológicos, que não chegam a preencher critérios diagnósticos para demência, tem sido amplamente discutido na

literatura de estudos sobre a demência. O que tem chamado a atenção dos estudiosos é que o TCL pode representar um fator de risco para a demência⁷. Pessoas com TCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo, mas mais da metade progride para uma demência dentro de cinco anos. Sendo esta condição um estado de risco para demência, sua identificação pode levar a uma prevenção secundária pelo controle dos fatores de risco associados²³. Nesse sentido, este estudo objetivou conhecer a prevalência e as características associadas ao déficit cognitivo na população de idosos residente em uma área de abrangência das unidades básicas de saúde no município de Jacareí, São Paulo.

Métodos

Tratou-se de um inquérito numa amostra de conveniência intencional, de corte transversal e analítico. Com o intuito de conferir à amostra uma boa representatividade populacional do município, as unidades de saúde foram selecionadas de acordo com o porte e antiguidade de estabelecimento da unidade, bem como pelo conhecimento prévio do perfil socioeconômico diversificado da população de cobertura. A aleatoriedade dos entrevistados foi proporcionada selecionando-se um idoso a cada três arrolados em uma lista elaborada com os usuários, possíveis entrevistados, que haviam comparecido à unidade de saúde no dia da realização das entrevistas. Os pacientes idosos, usuários das unidades de saúde, com demência já diagnosticada ou com deficiência auditiva (surdo-mudez) foram excluídos do presente estudo.

As entrevistas foram realizadas por equipe composta pelo pesquisador e por profissionais de saúde de nível médio das unidades de saúde envolvidas na pesquisa. Foi feito um treinamento prévio,

com ênfase na aplicação das escalas de avaliação cognitiva, de depressão e de avaliação funcional.

A capacidade cognitiva foi avaliada por meio do **MEEM** (Miniexame do Estado Mental), considerado um instrumento capaz de medir a deterioração cognitiva ou diminuição das capacidades cognitivas superior ao esperado. O MEEM é uma escala de rastreio composta por 30 itens que avaliam a orientação espaço-temporal, memória imediata, evocação, memória de procedimentos e linguagem. O escore varia de 0 a 30 pontos e utilizamos como ponto de corte 24 pontos ou mais e de 21 pontos ou mais para definir normalidade em indivíduos, respectivamente, para pessoas com mais de 4 anos de escolaridade e até 4 anos de escolaridade (Portaria nº491, de 23 de setembro de 2010).

Para a avaliação da depressão foi aplicada a versão reduzida de Yesavage (GDS-15), com 15 perguntas negativas/afirmativas. O diagnóstico de depressão é feito pelo número de pontos alcançados, onde o ponto de corte para os casos positivos é 6 ou mais⁸.

O estado de saúde foi avaliado com questões sobre hábitos de saúde e presença de doenças crônicas autorreferidos. O estado funcional foi avaliado por meio da escala de Katz (Atividades básicas da Vida Diária-AVD) e a Escala de Lawton (Atividades Instrumentais da Vida Diária-AIVD). A dificuldade na realização de cada atividade foi somada, e os idosos foram classificados em quatro categorias: 1) totalmente independentes (com nenhuma incapacidade funcional); 2) dependência leve (com 1 a 3 incapacidades); 3) dependência moderada (com 4 a 6 incapacidades) e 4) com dependência grave (mais de 7 incapacidades).

Os prontuários médicos dos entrevistados identificados como casos suspeitos de déficit cognitivo foram analisados, explorando-se os registros médicos de possíveis sinais e sintomas que pudessem ser correlacionados com déficit

cognitivo. Por exemplo, buscaram-se queixas sobre alteração de memória, falta de atenção a atividades rotineiras, troca de ônibus, frequentes esquecimentos de objetos (como bolsas, documentos, etc.) e nomes de familiares e alterações na capacidade funcional. Quando um ou mais itens desses aspectos foram registrados no prontuário, considerou-se que o déficit cognitivo e/ou demência já havia sido relatado/reconhecido. Do contrário, considerou-se que não houve queixa por parte do paciente nem iniciativa do profissional para a identificação de possíveis alterações cognitivas. Tal análise foi realizada pelo pesquisador médico obedecendo aos critérios de avaliação diagnóstica e de sigilo médico.

Os dados obtidos foram informatizados por meio do programa Epi-info e analisados por meio do programa SPSS, versão 13.0.

O tratamento estatístico foi composto por distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas, de saúde, de estilo de vida e uso de medicamentos de modo que trace o perfil dos idosos estudados. A análise inferencial das variáveis qualitativas foi realizada por meio do teste qui quadrado. O estudo admitiu o nível de significância 5% ($p \leq 0,05$).

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e todos os entrevistados assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 383 idosos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde, e dos 406 idosos sorteados, houve 24 (5,9%) recusas, tendo como principal motivo o tempo de espera para a realização do inquérito.

A descrição e distribuição dos idosos segundo as características socioeconômicas estão

apresentadas na tabela 1, na qual se observou que a proporção de casos positivos de déficit cognitivo era significativamente maior nos grupos etários mais velhos, entre os viúvos e entre os analfabetos.

Com base na tabela 2 descrevemos o perfil de saúde da população estudada e a sua relação com o déficit cognitivo. Considerando-se a metodologia transversal da investigação, não é possível afirmar sobre a precedência das outras condições de saúde sobre o déficit cognitivo e vice-versa, entretanto, constatou-se associação estatisticamente significativa entre ser positivo para déficit cognitivo e capacidade funcional, em que as proporções de déficit cognitivo aumentavam quanto maior era o número de incapacidades. Maior proporção de déficit cognitivo foi observada no grupo de idosos que relataram quedas. Chamou a atenção que não se verificou associação estatisticamente significativa entre a positividade na escala para declínio cognitivo e a queixa autorreferida sobre problema de memória, presença de hipertensão e de diabetes.

A descrição das características de estilo de vida e a sua relação com o déficit cognitivo estão apresentadas na tabela 3. Observaram-se associações estatisticamente significativas entre déficit cognitivo e alguns comportamentos considerados negativos do estilo de vida, como não praticar atividade física, ter o hábito do fumo, não ter vida sexual ativa e não frequentar centros de convivência. Inesperadamente, o consumo de álcool se mostrou favorável à ausência de déficit cognitivo.

Considerando os 128 pacientes identificados como suspeitos para déficit cognitivo, 109 prontuários foram localizados (85,16%) e na análise deles identificaram-se apenas 7 prontuários com menção direta ao transtorno de memória (esquecimento) o que corresponde a 6,42% dos casos. Constatou-se, também, que estes casos não estavam entre os inscritos no programa de distribuição de medicamentos ao paciente com demência.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis socioeconômicas e a sua relação com o déficit cognitivo. Jacareí, 2013.

Variáveis	Casos suspeitos de déficit cognitivo			
	N	%	Sim	p
Grupos etários				
60-64	126	33,0	23,8%	0,003
65-69	97	25,4	33,0%	
70-74	78	20,4	34,6%	
75-79	45	11,8	37,8%	
80+	36	9,4	58,3%	
Total	382	100,0		
Sexo				
Masculino	165	43,1	28,5	0,075
Feminino	218	56,9	37,2	
Total	383	100,0		
Cor da pele				
Branca	302	78,9	31,1%	0,256
Negra (parda+preta)	70	18,3	41,4%	
Amarela	6	1,6	33,3%	
Total	382	100,0		
Estado civil				
Casado	204	53,3	26,5%	0,006
Solteiro	25	6,5	36,0%	
Separado	46	12,0	32,6%	
Viúvo	108	28,2	46,3%	
Total	383	100,0		
Escolaridade				
Analfabeto funcional*	85	22,2	71,8%	< 0,001
Primário	204	53,3	25,0%	
Ginásio	48	12,5	22,9%	
Colegial ou mais	46	12,0	10,9%	
Total	383	100,0		
Mora sozinho				
Sim	53	13,8	32,1%	0,823
Não	330	86,2	33,6%	
Total	383	100,0		

*Considerou-se analfabeto funcional pessoa que se autodeclarou analfabeto ou que frequentou até o 3º ano do ensino fundamental

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo variáveis de saúde e a sua relação com o déficit cognitivo. Jacareí, 2013.

Variáveis	Casos suspeitos de déficit cognitivo			
	N	%	Sim	p
Déficit cognitivo				
Não	255	66,6		
Sim	128	33,4		
Total	383	100,0		
Depressão				
Não	309	80,7	32,0%	0,242
Sim	74	19,3	39,2%	
Total	383	100,0		
Avaliação subjetiva de saúde				
Ótima	28	7,9	35,7%	0,469
Boa	240	67,6	30,4%	
Má	64	18,0	40,6%	
Péssima	23	6,5	34,8%	
Total	355	100,0		
Hipertensão				
Sim	261	70,5	36,0%	0,115
Não	109	29,5	27,5%	
Total	370	100,0		
Diabetes				
Sim	131	35,9	30,5%	0,299
Não	234	64,1	35,9%	
Total	365	100,0		
Doença cardíaca				
Sim	80	24,1	32,5%	0,789
Não	252	75,9	34,1%	
Total	332	100,0		
Doença nervosa				
Sim	177	47,1	35,6%	0,482
Não	199	52,9	32,2%	
Total	376	100,0		
Insônia				
Sim	152	40,2	36,8%	0,315
Não	226	59,8	31,9%	
Total	378	100,0		
Capacidade funcional				
Nenhuma incapacidade	196	51,9	24,5%	< 0,001
1-3 incapacidade	120	31,7	36,7%	
4-6 incapacidade	40	10,6	55,0%	
7+ incapacidade	22	5,8	59,1%	
Total	378	100,0		
Problema de memória				
Sim	172	45,1	35,5%	0,483
Não	209	54,9	32,1%	
Total	381	100,0		
Quedas				
Sim	82	21,5	42,7%	0,037
Não	299	78,5	30,4%	
Total	381	100,0		

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo variáveis de estilo de vida e a sua relação com o déficit cognitivo. Jacareí, 2013.

Variáveis	N	%	Casos suspeitos de déficit cognitivo	
			Sim	p
Prática atividade física				
Sim	142	37,3	26,1%	0,020
Não	239	62,7	37,7%	
Total	381	100,0		
Fumo				
Fuma atualmente	45	11,8	44,4%	0,031
Já fumou, agora não fuma	131	34,5	25,2%	
Nunca fumou	204	53,7	35,8%	
Total	380	100,0		
Consumo de álcool				
Sim	49	12,9	14,3%	0,008
Não	255	66,9	37,3%	
Já bebeu, agora não	77	20,2	33,8%	
Total	381	100,0		
Vida sexual ativa				
Sim	161	42,3	27,3%	0,027
Não	220	57,7	38,2%	
Total	381	100,0		
Atividade de lazer				
Sim	232	61,5	31,0%	0,214
Não	145	38,5	37,2%	
Total	377	100,0		
Frequenta bailes				
Sim	18	13,2	16,7%	0,087
Não	118	86,8	37,3%	
Total	136	100,0		
Frequenta centro de convivência				
Sim	19	14,2	10,5%	0,018
Não	115	85,8	38,3%	
Total	134	100,0		
Frequenta igreja				
Sim	214	82,9	32,7%	0,640
Não	44	17,1	36,4%	
Total	258	100,0		

Discussão

Na presente pesquisa, a suspeita de déficit cognitivo foi observada em 33,4% dos idosos, achado que se assemelha a outros estudos brasileiros descritos na literatura^{5,9,11,14}, onde se

utilizaram o mesmo instrumento de avaliação. No entanto, em estudo populacional de idosos no município de São Paulo constatou-se, pelo miniexame do Estado Mental, 6,9% de deterioração cognitiva¹³ e em estudo com idosos frequentadores de um programa de exercício físico a prevalência observada foi de 9,1%⁴. A variabilidade na prevalência de déficit cognitivo nos diferentes estudos, até empregando-se o mesmo instrumento de avaliação, pode ser explicada pelo perfil da população na qual foi feita a avaliação, dado que investigações já evidenciaram que escores de tal instrumento sofrem influência da idade² e do nível de escolaridade^{2,3}.

De qualquer forma, pelos resultados desta pesquisa, a prevalência de aproximadamente 30,0% de casos suspeitos no grupo etário entre 60 e 69 anos é bastante preocupante por seus possíveis impactos sociais, no tocante ao suporte financeiro e social em seus núcleos familiares. Esta impressão é sustentada considerando-se as informações da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (PNAD-2002) que na população de 60 anos e mais, respectivamente, 41% e 13% dos homens e das mulheres eram economicamente ativos²⁷.

Os resultados deste trabalho mostraram a associação significativa entre a presença de déficit cognitivo e idade, estado civil e escolaridade. Os achados são consistentes com a literatura que também indica que a prevalência de déficit cognitivo aumenta gradativamente conforme aumenta a idade e é maior naqueles que possuem baixo nível de escolaridade e entre os que vivem sozinhos^{15,26}. Esses achados são preocupantes na medida em que observamos na amostra estudada um número considerável de idosos maiores de 80 anos (10%) e de idosos morando sós (14%), situações em que, respectivamente, mais da metade e mais de um terço dos idosos foram

identificados como caso suspeito de demência. Entretanto, podemos considerar como quadro mais alarmante a situação dos idosos que apresentaram muito baixa escolarização, grupo no qual os casos suspeitos de demência ultrapassam os 70%. Seria desejável que os profissionais de saúde fossem capacitados para um olhar mais atento para esses idosos identificados como grupos de risco para a disfunção cognitiva.

Além da demência, a depressão, também por sua magnitude, tem grande relevância e impacto na qualidade de vida dos idosos, comprometendo a independência e autonomia do indivíduo. A associação entre depressão e déficit cognitivo é relatada em diversos estudos^{4,9,22}, no entanto o presente estudo não concordou com tais achados. Adicionalmente, outras investigações, que focalizam a percepção subjetiva de perda de memória, observaram que essa queixa estava associada a sintomas depressivos^{10,28}, embora outros contrariem esses resultados²¹. Isso sugere que ainda não há consenso entre a relação entre estado cognitivo e sintomas depressivos, indicando que outros fatores do processo de envelhecimento podem estar influenciando em ambas as condições.

A forte relação encontrada entre certos comportamentos de estilo de vida e a deterioração cognitiva, tais como ausência de lazer e de vida sexual, sedentarismo e o hábito de tabaco, também, é consistente em outros estudos²³. Este autor mostra, ainda, que intervenções que promovam a realização de algumas dessas atividades, com apoio psicológico ou de outros especialistas durante a reabilitação neuropsicológica, têm impacto na redução do risco de desenvolver demência²³. Nesse sentido, o desenvolvimento de ações ou programas que promovam o acesso de maior número de idosos a essas atividades podem trazer benefícios prevenindo ou postergando o declínio do déficit cognitivo em idosos.

Neste estudo não se observaram associações significativas entre déficit cognitivo e as doenças não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes melito), cardiopatias, queixas de memória ou outros transtornos mentais (insônia, doença nervosa). A relação entre hipertensão arterial e a função cognitiva tem sido bastante focada em diversos estudos, embora os resultados não tenham sido conclusivos. Sashida e colaboradores (2008)²⁴ conduziram um estudo de revisão de onze trabalhos publicados no período compreendido entre 1996 e 2006 e externava que a maioria deles relatava relação positiva entre hipertensão arterial e déficit cognitivo. No entanto, congruentes com o presente estudo, outros autores refutam tal relação^{3,5}. Banhato e Guedes (2011)³ mostraram que a escolaridade exerce um papel preponderante na relação entre hipertensão arterial e déficit cognitivo. Quando os grupos de idosos com baixa e com alta escolarização foram analisados separadamente, obtiveram como resultado que a relação dos agravos foi positiva somente no grupo de pior escolaridade, sugerindo que esta está relacionada tanto com o déficit cognitivo quanto com a hipertensão arterial. Da mesma forma, Cesarino e col. (2008)⁶, em estudo com objetivo de identificar fatores de risco dos hipertensos em São José do Rio Preto/SP, estimaram maiores prevalências da condição entre indivíduos menos escolarizados.

Esses achados, aliados às consideráveis prevalências de analfabetismo funcional e de altas prevalências de ausência de comportamentos saudáveis nos idosos estudados, corroboram a necessidade de investimentos em intervenções que favoreçam a adesão de comportamentos saudáveis e em atividades sociais, educacionais e de lazer²³.

Salientamos a associação significativa entre disfunção cognitiva e incapacidade funcional, na

qual observamos que a prevalência de casos positivos de demência aumenta gradativamente conforme aumenta o número de incapacidades, chegando ao dobro a prevalência de demência entre idosos com sete ou mais incapacidades em relação àqueles sem nenhuma incapacidade. Levando em conta a metodologia transversal do presente estudo, chamamos a atenção para a hipótese da causalidade reversa, que é a impossibilidade de afirmarmos sobre a precedência temporal do declínio cognitivo sobre a condição de incapacidade funcional ou vice-versa. No entanto, diversos estudos confirmam a associação entre as duas condições^{19,25} de tal sorte que a combinação da avaliação e monitoramento tanto das habilidades cognitivas quanto das capacidades funcionais para o desempenho de atividades da vida diária é imprescindível^{1,2}.

Conhecer e quantificar o grau de autonomia e independência de um idoso podem qualificar as condições do idoso para que intervenções específicas possam ser indicadas para a manutenção da qualidade de vida dele.

No que tange à análise dos prontuários, em alguns deles observou-se que apareciam queixas sugestivas de déficit cognitivo, mas em nenhum momento houve um aprofundamento a respeito da queixa ou investigação diagnóstica pelo profissional de saúde. Tal fato reafirma a ausência de um olhar diferenciado às especificidades dos idosos. Além disso, o fato de os possíveis casos identificados pelos profissionais não constarem entre os pacientes em tratamento medicamentoso confirma que não foram encaminhados para tal tratamento. A pergunta que é preciso ser feita é: mesmo que esses pacientes não tenham sido encaminhados para o tratamento medicamentoso por não necessitarem dele, qual o cuidado que foi ou está sendo prestado a eles pelos serviços existentes no município?

Considerações e recomendações

Em que pesem a magnitude do problema da demência entre idosos e a necessidade de ações específicas para atender ao agravo, cabe lembrar que no âmbito da Agenda de Compromisso pela Saúde do Ministério da Saúde foi pactuada a saúde do idoso como uma das prioridades, e as principais diretrizes de atenção à saúde do idoso já estão traçadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁷.

Nesse contexto, recomendamos aos gestores municipais um conjunto de ações e de cuidados ao idoso, tendo o déficit cognitivo como agravo norteador e com ênfase em ações de prevenção e de reabilitação, e a atenção integral à saúde do idoso como pano de fundo em todo o processo de produção do cuidado. No caso do município protagonista deste estudo, esse plano de intervenção consistiu em estruturar um conjunto de ações de cuidado aos idosos, levando em consideração grupos específicos apontados pelo presente estudo, com destaque na manutenção da sua independência e autonomia. Nesta estratégia pretende-se apontar as possibilidades da implantação na atenção básica de programas de reabilitação neuropsicológica, com atividades como oficina de memória, treinamento nas atividades de vida diárias e estímulo a atividades físicas e de lazer com intuito de impactar na progressão do transtorno cognitivo. Além disso, faz parte do programa a sensibilização e formação dos profissionais de saúde e cuidadores familiares de idosos com quadro demencial.

Esperamos, com os achados do presente estudo, contribuir de forma importante para subsidiar outros trabalhos e intervenções na área dos cuidados à população idosa.

Referências

1. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiq Clín.* 2005; 32 (3): 131-136.
2. Almeida OP, Nitrini R. Demência. São Paulo: Fundação Byk, 1998.
3. Banhato EFC, Guedes DV. Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. *Est Psicol.* 2011; 28(2): 143-151.
4. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56(4): 273-279.
5. Cavalini LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6(1):7-17.
6. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorla LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(1):31-35.
7. Clemente RSG, Ribeiro-Filho ST. Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. *Rev Hosp Univer Pedro Ernesto.* 2008; 7(1): 68-77.
8. Delacorte RR, Ferrari JF. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Med.* 2007; 17(1): 3-8.
9. Gomes JEM, Ruiz T, Corrente JE. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2011; 6(19): 125-32.
10. Guerreiro TC, Veras SR, Motta LB, Veronesi A, Schmidt S. Queixa de memória e disfunção objetiva em idosos que ingressam na oficina da memória Unati/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2006; 9(1):7-20.
11. Holz AW, Numes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(4):880-8.
12. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Brasil. [atualizado em 12 nov 2013; acesso em 12 nov 2013]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=pnad&o=3&i=P&c=261>
13. Laurenti R, Lebrão ML. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 127-41.
14. Macedo AML, Cerchiarri EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(3):358-63.
15. Marques PRB, Cabral Filho, JE. Influence of age and schooling on the performance in a modified mini-mental state examination version: a study in Brazil Northeast. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2005; 63(3-A):583-587.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. Institui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Alzheimer - Secretaria de Atenção à Saúde. [acesso em 10 mar 2014]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0491_23_09_2010.html
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde de 19 de Outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.
18. Nitrini R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín.* 1999; 26(5): 1-10.
19. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo-piloto. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10(1): 91-96.
20. OMS - Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial [monografia na internet]. 2014. [acesso em 1 jul 2014]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1
21. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín.* 2010; 37(1):23-6.
22. Porto P, Hermolin M, Ventura P. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Rev Bras Ter Cogn* [periódico na internet]. 2002 [acesso em 6 jun 2014]; 4(1):63-70. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt.
23. Rabelo DF. Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Rev Kairós Gerontol.* 2009;12(2): 65-79.
24. Sashida VT, Fontes SV, Driusso P. Relação entre hipertensão arterial e cognição. *Rev Neurocién.* 2008; 16(2):152-156.
25. Soares E, Coelho MO, Carvalho SMR. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Rev Kairós Gerontol.* 2012; 15(5): 117-139.
26. Valle EA, Costa EC, Firmino JOA. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no *Mini Exame do Estado Mental* entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Publ.* 2009; 25(4):918-926.
27. Wajnman S, Oliveira AMHC, Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p. 453-480.
28. Xavier F, Ferraz MPT, Argimon I, Moriguchi EH. A relevância clínica da percepção subjetiva de perda de memória por pessoas de idade. *Rev Bras Neurol.* 2001;37(1):24-28.

Políticas Públicas e Saúde Mental: notas sobre demandas atuais

Public policies and mental health: notes on currents demands

Lauro Cesar Ibanhes^I Paula Montanheiro Barioni^{II}

Resumo

Este artigo é fruto de reflexões sobre pesquisa empreendida pela segunda autora e orientada pelo primeiro que resultou em dissertação de mestrado em Saúde Coletiva defendida em novembro de 2013⁴. Naquele trabalho o objetivo geral foi analisar a implantação do Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”- Campinas/SP e compreender e avaliar estratégias elaboradas no enfrentamento de questões atinentes ao processo de transformação do modo manicomial para outro que prioriza cuidar de maneira singular do sofrimento psíquico, composta por saberes múltiplos e inserção à vida comunitária, família e trabalho. Trata-se de exercício reflexivo sobre injunções e questões emergentes na implantação da Política de Saúde Mental e do SRT no SUS, destacando desafios incrementais à política setorial e aos serviços em saúde mental na esfera municipal. A discussão aponta brechas entre o plano normativo, processos político-administrativos e a gestão do setor e serviços de saúde. Sugere a necessidade de aprofundar e institucionalizar mecanismos e estratégias dos profissionais do SRT articulando-os aos demais equipamentos, níveis de atenção e setores sociais. Indica a necessidade da articulação no planejamento, provisão e execução de ações necessariamente intersetoriais e interfederativas tendo em vista a emergência paradoxal de novas demandas e novos sujeitos.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas.

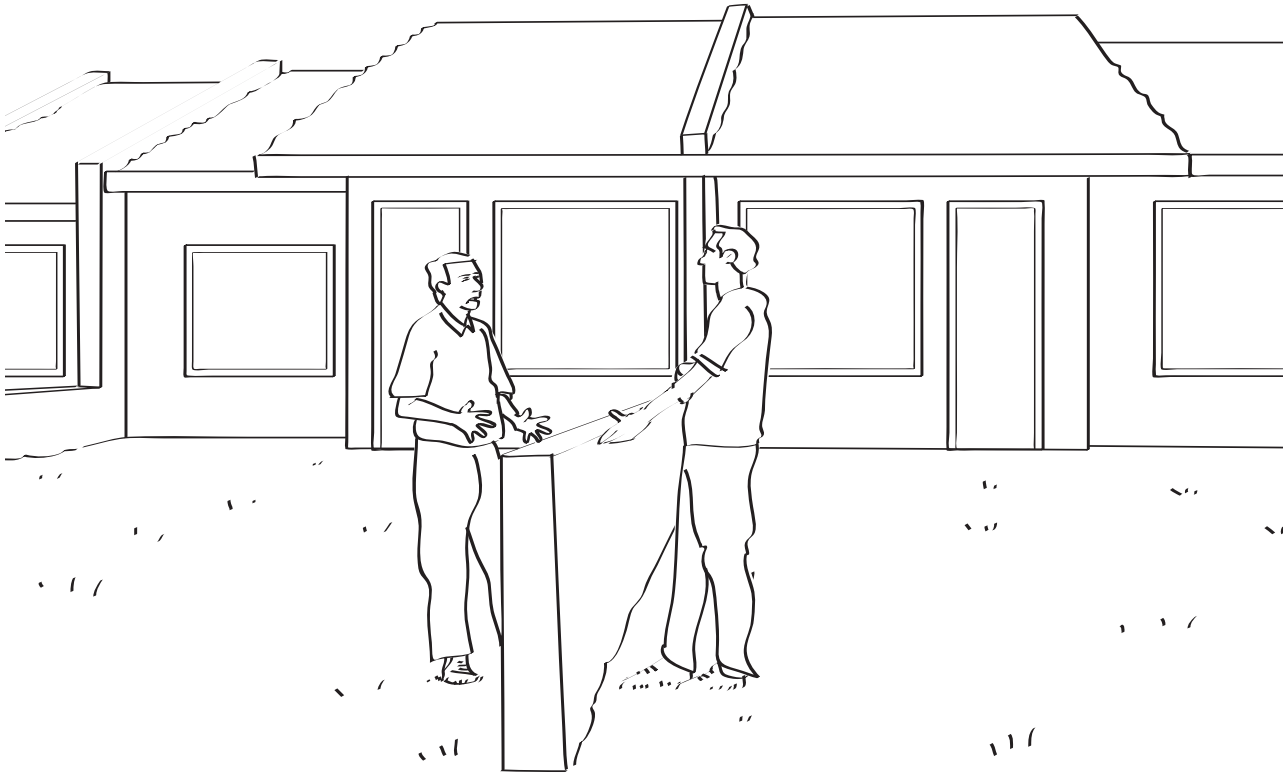
Abstract

This article is the result of reflections on the research undertaken by the second author and supervised by the first, which resulted in a dissertation defended in the Professional Master's Degree in Public Health Program in November 2013. In this research the main objective was to analyze the implementation of the Therapeutic Residential Service (TRS) linked to the “Dr. Cândido Ferreira Health Service” - Campinas/SP, to understand and evaluate strategies designed to manage issues related to the process of transformation of the asylum mode to a mode that prioritizes a singular care for mental suffering, composed of multiple knowledge and integration into community life, family and job. This is a reflective exercise on injunctions and emerging issues in the implementation of the Mental Health Policy and the TRS in the Brazilian national health system (SUS), highlighting the incremental challenges in the sectorial policy and mental health services at the municipal level. The discussion points out gaps between the normative plan, political-administrative processes and the management of the sector and health services. It suggests the need to deepen and institutionalize mechanisms and strategies of the professionals of TRS linking them to other equipment, levels of care and social sectors. It indicates the need for coordination in the planning, provision and execution of necessary inter-federative and intersectoral actions and considering the paradoxical emergence of new demands and new subjects.

Keywords: Mental Health; Mental Health Services; Public Policy.

^I Lauro Cesar Ibanhes (lauro@isaude.sp.gov.br) é psicólogo e advogado. Doutor em Saúde Pública pela USP. Pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP).

^{II} Paula Montanheiro Barioni (paula.barioni@yahoo.com) é psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde/SES).



Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988 fez emergir de modo inédito na história brasileira uma ampla gama de direitos civis, políticos e sociais bem como dispositivos e diplomas capazes de os tornarem factíveis, dispostos em uma série igualmente pioneira, no plano das garantias fundamentais⁵.

Entre os direitos sociais, no âmbito das conquistas democráticas e do avanço da cidadania, destaca-se o arcabouço jurídico-institucional visando à seguridade social – previdência, assistência e saúde – de forma articulada e orgânica. No caso da saúde, tornou-se ela dever do estado e direito de todo cidadão, com a proposição de um ousado arranjo institucional e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ancorado em princípios igualmente desafiantes e merecedores de esforços incontáveis e iniciativas originais

quanto à sua efetivação e concretude ao longo das duas últimas décadas^{6,7,10}.

Nesse sentido, tendo em vista a reorientação de modelos de atenção de corte individual, centrados no ato médico e no procedimento curativo e isolacionista, no caso específico da saúde mental, entre os seus inúmeros avanços destacamos aqui o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), substitutivo ao modelo manicomial asilar de assistência como uma das estratégias de atenção preconizadas pela atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) do Ministério da Saúde, regulamentando o modelo de atenção nesta área⁸.

A PNSM orienta o fechamento de leitos psiquiátricos, reduzindo-os progressivamente. Favorece a ampliação e o fortalecimento de uma rede territorializada de serviços de atenção em saúde mental, constituída principalmente por Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Inclui as

ações de saúde mental na atenção básica como também orienta sobre a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas.¹¹¹

Assim, no redirecionamento das ações em saúde mental, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS 106/2000 criando o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no âmbito do SUS. Com isso o serviço tornou-se responsável pelo acolhimento das pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente e histórico de interações hospitalares de longa permanência em instituições asilares similares, que perderam os vínculos com os familiares e/ou vínculos sociais, culturais, trabalhistas, econômicos¹⁶.

O processo de consolidação da desinstitucionalização no campo da saúde mental no SUS ocorreu, ao longo dos anos 2000, tanto no plano normativo como na implantação de serviços que ampliaram a disponibilidade e a complexidade da rede de serviços oferecida aos cidadãos incorporando os avanços das propostas contidas no marco da Reforma Psiquiátrica^{1,2,3,20}.

Deste modo, a promulgação da Lei nº 10.708 /2003 consolida os Serviços Residenciais Terapêuticos e instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, o que ocorreu com o Programa “De Volta para Casa”. E na perspectiva da rede de atenção psicossocial os SRTs são vistos como uma estratégia necessária para viabilizar e sustentar propostas transformadoras em conjunto com os CAPSs e o Programa “De Volta para Casa”⁹.

Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.090/2011 reafirmando a necessidade de implementação de maior número de residências terapêuticas como estratégia importante do processo de desinstitucionalização e “reinserção

social de pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia”. Prevê, ainda, a necessidade de estruturar e consolidar a rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental garantindo melhoria na qualidade da assistência¹⁸.

O documento salienta o caráter fundamental de o Serviço Residencial Terapêutico ser um espaço de moradia que “*garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares*”. Lugar de moradia para pessoas que estiveram internadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia, por dois anos ininterruptos no mínimo, que perderam ou que não têm vínculos familiares e sociais. Define também que cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência a fim de garantir o suporte técnico-profissional necessário ao serviço residencial. E o acompanhamento dos moradores das residências terapêuticas deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais¹⁸.

Em síntese, desde a publicação da Portaria nº 106/2000, as residências para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos passaram a ser denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), nomenclatura que procura justificar sua inserção no rol de procedimentos do SUS, que, por outro lado, traz novas questões referentes à concepção e organização dos serviços e das equipes de saúde, sobretudo no que concerne aos termos *serviços* e *terapêuticos*, o que já foi notado por estudiosos da área¹².

Mais: avançando na problematização proposta, se inicialmente os SRTs foram concebidos como estratégia no processo de desinstitucionalização de pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, sem suporte social ou vínculos familiares, em 2004 o grau e tipo de desafios

¹¹¹ A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos se alinhou a propostas mais amplas, conforme o *Relatório Mundial da Saúde*, de 2002, publicado pela Organização Mundial de Saúde. O documento declarou 2001 o *Ano da Saúde Mental* com a proposta de: “Cuidar sim, excluir não”.

aumentam na medida em que o Ministério da Saúde amplia o escopo e destaca que outros usuários da rede de serviços de saúde mental – mas sem histórico de longas internações psiquiátricas – também poderiam se beneficiar dos SRTs como “*dispositivos residenciais que permitem prover adequadamente suas necessidades de moradia*”, e daí ressaltar a inflexão¹⁹.

Portanto, aqui cabe notar que, ao longo desses processos novas demandas emergiram, extrapolando o planejamento e a gestão setorial por envolver questões de diversas ordens. Outro ponto é que a Portaria nº 3.090 de 2011 estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) se constituam em modalidades tipo I e tipo II, que se distinguem pela assistência oferecida ao morador, ou seja, confirmando a ampliação do leque não apenas em relação aos egressos de hospitais psiquiátricos, mas também a novos potenciais moradores e com diferentes graus de comprometimento e perfis sionosográficos^{IV18}.

Deste modo, a referida portaria define os SRTs do tipo I como moradias destinadas a: “*pe-
soas com transtorno mental, em processo de de-
sinstitucionalização*”. Estes SRTs podem acolher no mínimo *quatro* e no máximo *oito* moradores.

Já os SRTs do tipo II são definidos como moradias destinadas: “*àquelas pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência para execução de atividades de vida diária e de vida prática, especialmente em função de comprometimentos físicos, orgânicos, que necessitem de cuidados intensivos, específicos e permanentes*”. Os SRTs II podem acolher no mínimo *seis* e no máximo *dez* moradores¹⁷.

Os serviços residenciais terapêuticos no caso estudado: resultados destacados e alguma discussão

Os SRTs no papel e o papel dos SRTs

Concomitantemente às transformações político-sociais e ao avanço da cidadania no Brasil no campo da saúde mental, no caso de Campinas, entre outras iniciativas, foram instituídos os serviços residenciais terapêuticos por meio de um convênio de cogestão entre a instituição filantrópica até então chamada “Sanatório Dr. Cândido Ferreira” e a Prefeitura Municipal de Campinas, em 1990¹¹.

A partir do convênio de cogestão legitimou-se o investimento institucional por parte da Secretaria Municipal de Saúde para a construção de uma rede municipal de serviços de atenção à saúde mental segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que se implementava um grande projeto de desospitalização e atenção psicossocial aos pacientes até então moradores do sanatório. Foram feitas alterações no estatuto do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) e a criação de um conselho diretor com composição ampliada.

Considerando-se as limitações e objetivos deste artigo, cabe destacar que, em relação à evolução da implantação dos SRTs vinculados ao SSCF, desde a primeira delas, em 1991, passou a 24, no ano de 2000 – contando então com 75 moradores. Em 2009, chegou ao número de 29 até as 24 atuais residências, com um total de 154 moradores.^V

^{IV} No documento do Ministério da Saúde vemos que “*podem se beneficiar do SRT*”: Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal). Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado por sua equipe de referência como estratégico no projeto terapêutico. Moradores de rua com transtornos mentais severos quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS. (2004c, p. 8)

^V Embora vidas, histórias e afetos não possam ser submetidos ou subsumidos a tabelas e gráficos, a pesquisa utilizou ademais abordagem qualitativa e análise documental dos registros institucionais e dos prontuários dos moradores. Seguiu-se elaboração de perfis e de inserção sociocultural e nos serviços de saúde, tanto dos atuais moradores como dos potenciais candidatos. O projeto foi aprovado em ambos os Comitês de Ética em Pesquisa, do SSCF e do Instituto de Saúde (BARIANI, PM, 2013).

Simultaneamente à evolução no número de residências houve aumento gradativo do número de funcionários envolvidos na contínua reorganização do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. No ano de 2013, segundo apurou a referida dissertação, chegou-se a um total de 162 trabalhadores nos SRTs no SSCF.

A grande maioria, 139 funcionários, se concentra em quatro funções ligadas ao cotidiano das residências, a saber: *auxiliar/técnico de enfermagem*, 49; *monitores*, 45; *auxiliares de moradia*, 36 e *copeira*, 9. Já o total de funcionários em que se exige formação universitária é menor, como esperado, 16: *enfermeiros*, 7; *psicólogas*, 3; 2 *médicos* e 2 *terapeutas ocupacionais*, além de 2 *gerentes de equipes*.^{vi}

Levando-se em conta a reorganização dos processos e das equipes de trabalho, a configuração atual do serviço residencial terapêutico no SSCF apresenta um total de 23 SRTs. Destas, 15 são do tipo I, aquelas destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização e que deve acolher até *oito moradores*. Mas no caso estudado, quatro desses SRTs aparecem como *não habilitadas* no Ministério da Saúde, pois nelas moram apenas uma ou duas pessoas, com necessidades particulares de cuidados.

E dos outros oito SRTs, do tipo II, isto é, destinados às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência que necessitam de cuidados permanentes específicos e que devem acolher até dez moradores e contam com equipe mínima, dois deles igualmente *não são habilitados* pelo Ministério da Saúde, pois contam com onze e doze moradores. Em suma:

^{vi} A despeito de não serem tratadas aqui dadas as limitações do recorte, a implantação gradativa dos SRTs e o aumento da complexidade, da diversidade e da especificidade do trabalho impuseram e exigiram sucessivos esforços e complexos arranjos quanto à organização das equipes e dos processos de trabalho, o que foi estudado e pode ser visto na dissertação referida.

acima do número determinado pela Portaria nº 3.090/2011 para a transferência dos recursos financeiros, incentivo e custeio.^{vii}

Sendo assim, além de implicações quanto à concepção de saúde e ao descolamento do processo saúde/doença bem como a seu impacto no modelo de atenção, saltam aqui ainda as contradições entre a lógica do faturamento por procedimentos dos serviços de saúde e aquelas referentes ao dia a dia da inserção comunitária dos moradores e seu cotidiano. Faz emergir, assim, a insuficiência do planejamento e gestão setorial, pois a especificidade da condição dos moradores e os cuidados requeridos extrapolam o setor saúde, ao envolver, por exemplo, a questão habitacional e a circulação e mobilidade urbana, além de questões axiológicas e morais.

Os SRTs, a integralidade da atenção e a inserção social

Outro desafio decisivo em relação ao princípio constitucional da *integralidade da atenção* emerge de modo cristalino em relação à utilização dos serviços de saúde por parte dos moradores, isto é, a inobservância da utilização regular das unidades básicas de saúde. A partir de tratativas entre o médico clínico da equipe dos SRTs e do Centro de Saúde de uma das duas regiões onde atua o SSCF, elaborou-se um protocolo de encaminhamento de moradores a fim de qualificar a comunicação e as informações entre as equipes e uma nova lógica de trabalho, com o fluxo de encaminhamento dos moradores dos

^{vii} Os quatro SRTs não habilitados junto ao Ministério da Saúde do tipo I são: uma para mãe e filha; uma para um casal; uma masculina e uma feminina. Já os SRTs tipo II não habilitados são dois: um com vinte e um e outro com quatorze moradores, todos eles com necessidades de acompanhamento intensivo ao longo do dia. Tanto o Ministério da Saúde como a Secretaria de Estado da Saúde/SP foram informados sobre o funcionamento dos SRTs 24h com mais de dez moradores. Entretanto, não são reconhecidos e o faturamento destes SRTs não habilitados se faz por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), como se os moradores ainda vivessem hospitalizados.

SRTs para especialidades, exames laboratoriais e alta complexidade.

Além disso, poucos deles, menos de trinta moradores, fazem uso regular do CAPS III, possivelmente conformando a circularidade e os limites dos muros não mais do hospital, mas ainda dos próprios serviços em saúde mental. Isso é provavelmente reforçado quando vemos a *procedência dos moradores dos SRTs*, pois dos 154 moradores, praticamente metade deles, 78, são egressos do SSCF. E os demais chegaram ou por intermédio dos CAPS III do município, 41 ou ainda do Hospital-Dia do próprio SSCF, em número de nove, o que reforça essa ideia.

Pelo que se viu, existe também enorme dificuldade no acesso e na articulação dos serviços quanto à *integralidade da atenção* aos moradores – e da articulação setorial no interior do SUS – tendo em vista a organização dos serviços e dos processos de trabalho que esbarram em seus próprios limites operacionais.

Em relação à participação em *outras atividades* se destaca a frequência, sobretudo, ao Centro de Convivência, com 49 moradores. E 19 deles, mais autônomos, estão inseridos em oficinas de trabalho e geração de renda no Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), com assiduidade diária.

Alguns moradores têm seu Projeto Terapêutico Individual (PTI) compartilhado entre as equipes cuidadoras – SRTs, CAPS, NOT e Núcleo de Retaguarda/SSCF. A atenção a estes moradores, os manejos de crises e as construções no sentido da reabilitação psicossocial são discutidos entre os envolvidos.

Destaque para o fato de que alguns moradores *não se adaptam* à rotina de atividades propostas nos CAPS e preferem não frequentar o serviço, tornando mais dificultoso para as equipes SRTs manejarem crises, encaminhamentos do cotidiano e o PTIs. Há ainda uma parcela de moradores que

não passaram por triagem em CAPS, o que implica as equipes SRT não poderem avaliar as possibilidades ou não de inserção nestes serviços de referência. O mesmo ocorre em relação ao Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), pois há diferenças no acesso entre os moradores da região leste e os da região sul quanto à participação cotidiana nas oficinas de trabalho e geração de renda.

Na pesquisa base da dissertação referida, procurou-se mapear a *mobilidade* dos moradores. Em relação à escolarização, 33 entre 154 deles frequentam escola especial (quatro) e principalmente na Fundação Municipal para Educação Comunitária, em número de 28. A FUMEC trabalha em parceria com o SSCF desde a inauguração do projeto “Casa-Escola”, em 1997, previamente à implantação do centro de convivência.

Em relação às *atividades físicas* – dança, hidroginástica, educação física – somam-se 30 participantes, todos moradores da região leste, já que estas atividades acontecem somente nesta região. O grupo de dança tem um professor contratado pelos próprios moradores. No período da manhã, o grupo se reúne na sede de uma associação de moradores próxima para a realização da atividade. Às tardes os encontros ocorrem a cada semana em uma residência diferente, com participantes distintos. Aulas de hidroginástica acontecem em uma academia particular e a mensalidade é paga pelos cinco moradores. As atividades de *dança*, da qual participam 28 moradores, e a *hidroginástica* ocorrem em grupos, semanalmente, com duração média de uma hora.

A pesquisa constatou que *vínculos e contatos familiares* são mantidos em apenas 19 dos 154 casos analisados. Isto corresponde a apenas 12,3% deles que mantêm alguma vinculação, fazendo ou recebendo visitas dos familiares. Essa é mais uma das consequências e heranças dos tempos manicomiais, dos

longos anos de isolamento em hospitais psiquiátricos e de extravio de documentação de identificação desses moradores, transferências de hospital para hospital sem prévia comunicação com responsáveis, além dos incontáveis casos de abandono.

Os relatos e anotações nos prontuários informam que há muitos e muitos receios e dificuldades na retomada da relação dos moradores com os familiares. E isto se dá tanto pela percepção do morador como pela percepção da própria família, estranhamentos mútuos produzidos e alimentados pela distância.

Os quesitos relacionados à *circulação social* indicaram que 28 moradores utilizam-se da rede de comércio local, shoppings, supermercados, bancos, padarias ou lotéricas, o que demonstra que menos de 20% dos atuais moradores encontra-se em condições e/ou com possibilidades de circular de maneira autônoma.

Os SRTs e a lista de espera

Sobre a ampliação da clientela e os *potenciais novos moradores*, como parte da pesquisa procurou-se descrever a origem de usuários dos serviços da rede municipal de saúde mental que aguardavam vaga nos SRTs em Campinas/SP, para o ano de 2013.

Foi verificado junto à “Comissão Municipal de Moradias” onde constavam 12 (doze) usuários em lista de espera por vaga em SRTs – mas havia apenas 06 (seis) protocolos deles, o que de imediato indica a falta de informações básicas sobre esses sujeitos, como a idade, história de vida, clínica ou contatos familiares e sociais.^{VIII}

^{VIII} A Comissão Municipal de Moradias foi criada por iniciativa dos trabalhadores dos serviços de saúde mental com a Articulação Municipal de Saúde Mental/Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de triar as solicitações de vaga e avaliar os encaminhamentos. A comissão é formada por representantes dos trabalhadores de serviços municipais que têm relação com os SRTs, não somente serviços da rede municipal de Saúde Mental como da Assistência Social e da Secretaria Municipal de Saúde.

Em todo caso, em relação à demanda de assistência, observa-se que onze entre doze usuários inscritos necessitavam de uma residência terapêutica tipo II, ou seja, com equipe 24h presente. Entre tais demandas para RT tipo II, havia necessidade específica de acompanhamento de enfermagem em 04 (quatro) protocolos, o que denota crescente necessidade também de cuidados clínicos nesta população.

Variando a idade informada entre 28 e 70 anos, entre estes doze há sete solicitações para usuários que fazem uso abusivo de álcool e/ou substâncias psicoativas. Quanto à origem dos encaminhamentos, três das solicitações vieram de equipes dos CAPS AD do município; quatro de sujeitos que moram atualmente no próprio SSCF sob cuidados do Núcleo de Retaguarda; outros dois vivem em abrigo municipal; outro usuário inscrito vive em leito de CAPS III e outro sujeito mora em uma casa de apoio/ONG para pessoas soropositivas.

Cabe aqui outra inflexão e nos perguntar: seriam estes os potenciais novos moradores dos SRTs, treze anos após a publicação da Portaria/GM nº 106/2000 que instituiu o serviço de residências terapêuticas no âmbito do SUS?

É evidente que novos perfis de usuários exigem novas configurações da rede de serviços de saúde e originais estratégias de cuidado por parte das equipes – e não apenas em saúde mental. Estratégias criativas, flexíveis ou ousadas, sem ignorar a dimensão do sujeito protagonista na elaboração dos projetos terapêuticos individuais ou singulares.

Mais do que isso, resta claro que a questão extrapola não apenas rearranjos nos SRTs ou nos CAPS como na atenção básica e no próprio setor saúde, requerendo para seu enfrentamento novos patamares e arranjos jurídico-administrativos quanto à formulação e execução de políticas públicas de corte intersetorial e interfederativo.

Considerações gerais:

SRTs, saúde mental e o SUS

Em relação à Política Nacional de Saúde Mental, considera-se que o processo de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a implantação de novos SRTs ainda são um grande desafio nos municípios e caminham a passos lentos. Isto apesar de haver legislação e a consolidação do modelo de atenção psicossocial, de haver tecnologia consolidada no SUS e o acúmulo de diversas experiências de implantação de moradias para pessoas com transtorno mental grave, além de recursos financeiros disponíveis garantidos em lei. Há entraves nos e entre os processos de avaliação, fechamento de leitos psiquiátricos, desinstitucionalização de moradores e a expansão dos serviços de atenção à saúde mental nos municípios, quadro que confirma o contexto nacional¹² (Furtado, JP, 2006, obra citada).

Na pesquisa originária, considerou-se que Campinas é um município que muito avançou nos processos da reforma psiquiátrica, com o fechamento de hospitais psiquiátricos, a desospitalização de moradores, a cogestão no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF) e a implantação de uma ampla e diversificada rede de serviços de saúde mental na lógica da atenção psicossocial. O projeto de moradias no SSCF iniciou-se antes da publicação da legislação que insere os SRTs no âmbito do SUS e essa experiência, entre outras, contribuiu para a elaboração da normatização vigente, bem como apresentou justificativas para viabilizar muitos projetos de residência terapêutica.

Entretanto, tendo em vista o objetivo aqui proposto, isto é, uma leitura da experiência no SSCF na perspectiva de análise da gestão em políticas públicas cabem aqui algumas considerações em relação à rede de atenção psicossocial, à integralidade de atenção e ao SUS, bem como aos

objetivos da própria política de saúde mental, ou seja, a ressocialização e a inserção comunitária dos sujeitos e os potenciais novos moradores.

A primeira delas se relaciona às dificuldades na interação e organização dos processos de trabalho no interior da própria rede de atenção psicossocial. Ao longo do tempo, as equipes dos CAPS constataram insuficiências às demandas e necessidades dos moradores dos SRTs tendo em vista o crescente número de moradores, a diversidade de suas necessidades, as particularidades de cada moradia e o aumento da complexidade das atividades e o trabalho desenvolvido pelos CAPS. Os moradores, mesmo tendo sido desospitalizados, todavia, necessitam de suporte institucional e acompanhamento regular das equipes nos encaminhamentos dos projetos terapêuticos individuais.

A segunda questão aqui problematizada diz respeito ao fato de que se passaram vinte anos, desde os primeiros moradores dos SRTs do “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”. Isto obviamente fez com que aumentassem as necessidades de cuidados clínicos específicos devido aos processos de envelhecimento e senilidade, acompanhados de fragilidades fisiológicas e orgânicas. E que se sobressaem numa população que viveu anos ou décadas em manicômios, alimentando-se mal, com excessos de medicação, desidratação, maus-tratos e violências.

Daí que se observou que a integralidade de atenção à saúde no âmbito do SUS – atenção básica e a estratégia saúde da família, ações programáticas, consultas especializadas e ambulatoriais – carecem de planejamento conjunto, porque geridas por organizações sociais ou administração direta com estatutos jurídicos diferentes, o que requer arranjos técnico-operacionais por vezes tortuosos, para a coordenação de fluxos e encaminhamentos, tanto do ponto de vista do acesso como da oferta.

SRTs, finalidade e função: os potenciais novos moradores

Outro aspecto merecedor de reflexão diz respeito a pontos de tensão quanto aos objetivos e finalidades originárias dos SRTs, tanto daquilo que consegue cumprir e atingir satisfatoriamente conforme a legislação, como de novas funções, demandas e necessidades. Elas provêm tanto dos moradores, como dos serviços e também dos novos candidatos a moradores: é o caso de sujeitos em sofrimento psíquico, sem histórico de internação ou egressos de hospital psiquiátrico, mas com quadros mentais associados a outras morbidades e a situações de privações econômico-sociais de diversas ordens.

E esse espelho reflete nos leitos-noites dos CAPS III, propostos originalmente para acolher demandas pontuais de usuários em crise, que passaram a ser ocupados rotineiramente por aqueles usuários em risco social e que se encontravam em graves situações de exposição à violência, riscos por agravamento clínico e intenso sofrimento psíquico, ou seja, demanda social de proteção e abrigo. E atualmente se verificam casos em que usuários vinculados aos CAPS sem histórico de internações tornam-se moradores dos CAPS ou de abrigos/albergues municipais vinculados à Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, devido às dificuldades ou impossibilidades de viverem em outros espaços ou locais.

E é justamente com a implantação e ampliação dos SRTs e demais serviços de saúde mental que se incorre, inadvertidamente, na possibilidade de fazer emergir e reproduzir demandas que não mais aquelas da psiquiatria asilar e da hospitalização, mas vincada a outras realidades, surgida exatamente do acolhimento nos serviços. A partir do sofrimento psíquico pode-se trazer pessoas para o *novo circuito da saúde mental*: abordagem de moradores de rua, acolhimento, busca

por documentos pessoais de identificação, atendimento às crises, triagem em serviço de saúde mental, retaguardas clínica, psiquiátrica e, finalmente, encaminhamento para uma residência terapêutica.

Com isso os SRTs passaram a atender a outros usuários da rede de serviços de saúde mental, além dos moradores egressos de longas e ininterruptas internações psiquiátricas. O perfil é de pessoas mais jovens que os moradores originários e que chegam ao serviço encaminhadas por equipes de CAPS III ou de CAPS AD. A maioria é do sexo masculino e geralmente faz uso de etílicos ou substâncias psicoativas.

Um problema adicional aqui é que o financiamento por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), como é feito atualmente, pode induzir esse circuito através da lógica do setor saúde. E o que é pior: a lógica da oferta do serviço pago por procedimentos realizados. E a proposta de pagamento dos SRTs por meio da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) não apenas mantém a lógica indutora como pode agravar o problema ao estimular demandas que poderiam ser enfrentadas por meio de políticas sociais ou políticas públicas de maior alcance e com definição de competências e responsabilização entre outros setores e demais entes federados.

Ação intersetorial, política pública e trato interfederativo

Claro está que é mais do que premente a articulação entre os programas *De Volta para Casa*, *Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar*, *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar* com os Serviços Residenciais Terapêuticos a fim de operacionalizar a redução gradual e pactuada dos leitos psiquiátricos,

expandir o número de beneficiários do auxílio-reabilitação e ampliar o número de RTs para acolher a população desinstitucionalizada^{14,15}.

Igualmente importantes são os SRTs desenvolverem novos mecanismos e estratégias e buscarem se articular com demais setores sociais ou de governo, na construção e na vivência desprendida e corajosa no cuidado aos moradores, com respeito e ética.

No entanto, como vimos, muitas armadilhas e constrangimentos se colocam na trajetória dessa luta contínua, no caso da gestão municipal da saúde, pois além das vicissitudes do planejamento, da cultura organizacional, observa-se o impacto do financiamento calcado na oferta e da lógica racionalizadora contábil em evidente contraste com os cuidados necessários e demandados pelos sujeitos, caso das *residências não habilitadas*. Isso envolve, ainda, questões como a contratação e vinculação de pessoal nos SRTs e na retaguarda clínica e emergencial – tudo sob o tacão da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Aliás, o próprio Poder Executivo e o âmbito municipal fatalmente se ressentem de condições capazes de garantir e de se responsabilizar não apenas por *serviços 24horas*, como por *sujeitos 24horas*, impondo, por exemplo, questões de ordem jurídica em relação aos moradores e aos atos por eles praticados em seu cotidiano.

Portanto, o perfil dos potenciais moradores em suas perambulações no ambiente urbano requer proposições que ultrapassem a lógica setorial e de âmbito locomunicipal, com definição clara de competências e de responsabilidades. Políticas públicas num sentido amplo que envolva necessariamente demandas relacionadas à habitação, justiça, segurança, educação, cultura, lazer, transporte, emprego e renda – e que nenhum deles pode dar conta desde um ponto de vista setorial ou institucional.

Existem exemplos e acúmulo nesse sentido, caso do programa *Housing First*, componente de política desenvolvida com base em ações articuladas e diversificadas, em países da América do Norte e Europa. Seu princípio fundamental é o de se constituir em um espaço de convivência, abrigo e alimentação necessária, sem exigir condicionalidades. Nem mesmo abstinência de substâncias ou aceitação compulsória de condução psiquiátrica – ou de cunho moral-religiosa – para obter acesso à habitação²¹.

Já se podem observar a respeito experiências e pesquisas comparativas sobre as *Housing First* nos Estados Unidos e o impacto nos sujeitos em situação de rua, com história clínica psiquiátrica, uso de substâncias psicoativas e vivência de problemas relacionados à justiça criminal –, a partir de uma perspectiva cara, com o perdão do trocadilho, aos gestores: a diminuição de custos e os benefícios auferidos¹³.

Há, inclusive, em língua portuguesa estudo sobre o *Casa Primeiro*, na tradução da estratégia em Portugal. Nele a autora apresenta e analisa as experiências em diversos países, incluindo investigações comparativas experimentais e de caráter avaliativo em determinar o impacto dos programas desenvolvidos em vários países em domínios diversos como: habitação, inserção comunitário-social, acesso e uso de serviços e ações de saúde, criminalidade e segurança pública e emprego e renda²².

Daí a necessidade de se retomar o debate a partir do *sujeito-em-relação*, da *cidadania-em-suas-circunstâncias*, por assim dizer, subjetividades em curso e nos percursos, pintando e bordando seus territórios. E não centrado a partir de saberes específicos e na lógica de serviços e equipamentos sociais ou de setores de governo.

Em síntese, se coloca o imperativo de se evitar correr o risco de nomear e circunscrever

a partir da chancela de diagnósticos nosológicos *potenciais moradores* e as manifestações de comportamentos e de afetos inscritos e plasmados necessariamente no social, no econômico, no artístico, no filosófico, no cultural, mas sempre ao alcance e passíveis de patologização e tratamento psicofarmacológico, tendo em vista que prevalece na formação e na valoração mercadológica dos profissionais de saúde – e não apenas do médico – a ênfase na ação clínica individual e na especialização.

E a decorrência lógica disso é reproduzir e estender a atuação e a perspectiva da concepção hegemônica de saúde e da oferta crescente de serviços assistenciais na definição e na tentativa de demarcação de fronteiras que são, sempre e necessariamente, virtuais e precárias, entre saúde e doença, viver e morrer, a cada dia, um pouco e mais.

Referências

1. 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. [evento na internet]. Brasília; 2001b (Série D. Reuniões e Conferências, 15). [acesso em 21 de jun 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021011cnsm.pdf>
2. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1995;11:491-4.
3. Amarante P. (Coord). 1995. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Fiocruz; RJ, 1998.
4. Barioni PM. Residências Terapêuticas no “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”: estratégia, avanços e desafios para as Políticas de Saúde Mental em Campinas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde; 2013.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos. Capítulo II - Dos Direitos Sociais. [acesso em: 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [acesso em: 28 set 2014]. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=219802>.
9. Brasil. Lei nº 10.708 de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas por transtornos mentais, com história de dois anos ou mais de internação psiquiátrica. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

11. Campinas. Lei Municipal nº 6.215 de 09 de maio de 1990: Art. 1º- Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênio com o Sanatório Dr. Cândido Ferreira visando ao funcionamento e o gerenciamento comum de suas atividades, nos termos do instrumento de convênio o qual faz parte integrante esta lei, rubricado pelo Prefeito Municipal e pelo Presidente da Câmara Municipal. Art. 2º - O convênio tem por objetivo a administração conjunta do Sanatório Dr. Cândido Ferreira que passa a se integrar ao Sistema Municipal de Saúde e atender clientela universalizada. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: <http://www.leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/1990/622/6215/lei-ordinaria-n-6215-1990>.
12. Furtado, Juarez P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.3 [citado 2014-07-23], pp. 785-795. ISSN 1413-8123. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300026>.
13. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, et al. Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons With Severe Alcohol Problems. *JAMA. Journal of American Medical Association*. 2009;301(13):1349-1357. doi:10.1001/jama.2009.414. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=183666>.
14. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>.
15. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Art. 3º. Cabem aos Serviços Residenciais Terapêuticos: a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27>.
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 24 e setembro de 2004. Destina incentivo financeiro para os Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2068.htm>.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em Tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. [portaria na internet]. [acesso em 01 fev 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html
19. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. [documento na internet] Brasília; 2004c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). [acesso em 13 abr 2012]. ISBN 85-334-0822-6. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.
20. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 10, VII (10). Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. [acesso em 8 de jan de 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>
21. União Europeia. Housing First International Conference. Amsterdam, June 2013. [evento na internet]. Relatório Final. [acesso 29 set 2014]. Disponível em: <http://www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteuope>.
22. Zilhão, Maria T. (2013) “Programa Casas Primeiro: Uma perspectiva qualitativa das experiências de transição de pessoas sem-abrigo para uma habitação independente e permanente”. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas e Sociais, Lisboa. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2805/1/20756.pdf>.

Análise dos afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Analysis of absences due to health problems of statutory civil servants of Coordination of Health Services of the Department of Health of São Paulo State

Rita Aparecida Kietis^I Maria Cecília Goi Porto Alves^{II}

Resumo

Este trabalho objetivou analisar os afastamentos por problemas de saúde dos servidores estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), que concentra o maior número de trabalhadores da Secretaria da Saúde de SP (SES-SP).

Informações referentes às licenças médicas concedidas pelo Departamento de Perícias Médicas em 2011 foram relacionadas ao banco de funcionários da CSS. As licenças foram analisadas segundo características demográficas e profissionais dos trabalhadores, identificando-se motivo e tempo de duração.

A média de licenças por 10 trabalhadores foi de 4,1 e o percentual de trabalhadores com licenças foi de 18,9%. Os maiores percentuais foram observados em mulheres (22,8%), nos ocupantes de cargos de nível intermediário (26%), pertencentes à área da saúde (21,3%), lotados em hospitais (19,1%) e unidades ambulatoriais (18,3%). As classes profissionais com maiores percentuais foram os auxiliares/técnicos de enfermagem (30,9%) e os enfermeiros (26,3%).

Os motivos de licenças estiveram mais frequentemente associados às doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (22,4%) e transtornos mentais e comportamentais (20,2%). O trabalho mostrou que, embora os dados já estejam registrados em sistemas, a obtenção das informações utilizadas na análise não se constituiu em tarefa simples, exigindo intensa manipulação dos arquivos. Neste trabalho, a SES-SP encontrará justificativas para investir na construção e manutenção de bancos de dados com informações sobre afastamentos que facultem a definição de intervenções nos espaços laborais com vistas à promoção da saúde dos trabalhadores e humanização das relações.

Palavras-Chaves: Saúde do Trabalhador; Serviço Público; Absenteísmo por Doença.

^I Rita Aparecida Kietis (ritakietis@gmail.com) é psicóloga, Especialista em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Psicóloga do Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde de SP.

Abstract

This study aimed to analyze the absences due to health problems of statutory servers of the Coordination of Health Services (CHS), which has the largest number of employees of the Department of Health of São Paulo State.

Were obtained information regarding medical licenses granted by the Department of medical inspection and bank-related CSS staff, in 2011, analyzed according to demographic and professional characteristics of medical licenses, reason, duration time and calculated the general rate of absenteeism for illness. The absenteeism rate due to sickness was 3,38%, an average of 4.1 licenses every 10 employees, being the largest occurrences observed between the intermediate level jobs (26 percent), belonging to the area of health (21.3%) blended in hospitals (19.1%) and outpatient units (18.3%), and were higher in women (22.8%) than in men (11.54%). The reasons were more often license associated with diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (22.4%) and mental and behavioural disorders (20.2 percent).

The work showed that, although the data are already recorded on systems, obtaining the information used in the analysis was not an easy task, requiring intense manipulation of files. In this work, the SES-SP find justifications for investing in the construction and maintenance of databases with information on licences to supply the definition of interventions in work spaces with a view to promoting the health of workers and humanizing relations.

Key words: Workers' Health; Public Service; Absenteeism for Illness.

^{II} Maria Cecília Goi Porto Alvez (cecilia@isaude.sp.go.vbr) é estatística, Doutora em Saúde Pública pela USP Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Docente do Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

Introdução

A análise dos afastamentos do trabalho por problemas de saúde no serviço público é apontada como tema de interesse à gestão pública em função da percepção de grande volume de licenças médicas e de dias não trabalhados em órgãos do Governo do Estado de São Paulo^{5,6}.

Disponer de informações sobre afastamentos por problemas de saúde dos trabalhadores é fundamental para promover mudanças nas condições e organização do trabalho que permitam diminuir o número de adoecidos. Dependem dessa disponibilidade a identificação de ambientes de trabalho que predisponham os servidores ao adoecimento, a proposição de ações que favoreçam a manutenção dos níveis de saúde dos trabalhadores e o estabelecimento de intervenções nos espaços laborais que promovam a saúde dos trabalhadores e a humanização das relações profissionais. É, ainda, a partir delas que podem ser identificados os casos de licenças prolongadas e serem feitas a revisão de processos de readaptação e a proposição de aposentadorias por invalidez permanente.

Não se encontram disponíveis nos sites oficiais do Governo de São Paulo informações sobre a ocorrência de acidentes ou doenças relacionados ao trabalho e o tipo de adoecimento. Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) não há um sistema de informação com emissão periódica de relatórios sobre os afastamentos por problemas de saúde de seus trabalhadores. O cadastro dos trabalhadores está em uma das coordenadorias, a de Recursos Humanos (CRH), estando disponível para as unidades por meio da folha de pagamento da Secretaria da Fazenda. Os arquivos de dados, se desejados, devem ser solicitados à CRH. Por sua vez, as informações

sobre os afastamentos estão no Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo (DPME) da Secretaria de Gestão Pública.

A ausência dessas informações representa uma lacuna de gestão da Secretaria de Estado da Saúde. O não conhecimento da realidade da saúde dos trabalhadores pode interferir negativamente no seu gerenciamento, por impedir a adoção de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e nas condições de trabalho.

Este trabalho se insere no contexto de valorização do conhecimento de aspectos relacionados ao adoecimento de servidores públicos estaduais. Objetiva analisar os afastamentos por problemas de saúde dos servidores estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) da SES-SP segundo características demográficas e profissionais dos funcionários licenciados, motivo e tempo de duração das licenças.

Metodologia

A população de estudo foi constituída pelos trabalhadores da administração direta da SES-SP vinculados a CSS, contratados sob o regime jurídico do funcionalismo público, incluindo os temporários e os efetivos. Essa coordenadoria engloba quase a metade (47% em 2011) dos trabalhadores da SES-SP e concentra os que prestam serviços diretos a usuários do Sistema Único de Saúde e que, em virtude da característica do trabalho desempenhado, podem ser suscetíveis a riscos de acidentes, estresse, doenças ocupacionais ou outros problemas de saúde.

O banco de dados de licenças médicas concedidas durante o ano de 2011 a funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, contendo 21.283 registros, foi obtido junto ao DPME, que é o órgão responsável pela realização das perícias e concessão das licenças.

As informações que compõem a base de dados do DPME são originadas da guia de perícia médica expedida junto ao órgão de recursos humanos da unidade do servidor. Esta guia é emitida preferencialmente por meio eletrônico em um sistema próprio disponível na Web denominado “E@SisLa” e contém dados sobre a solicitação do afastamento (nome, data de início, tipo de licença, número do Código Internacional de Doenças, número de dias, nome do médico-assistente e registro no Conselho Regional de Medicina), resultado da perícia e data da publicação em Diário Oficial do Estado.

O banco com os dados dos funcionários da CSS ativos em 2011 foi obtido junto ao Grupo de Desenvolvimento Institucional (GADI) da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH). Neste estudo, optou-se por utilizar os dados do meio do período, o mês de julho/2011, uma vez que a população é flutuante, ou seja, mês a mês ocorrem novas nomeações, bem como aposentadorias, dispensas ou falecimentos, produzindo uma variação mensal no número de funcionários.

Esse banco possuía 63.298 registros, que representam o total de vínculos ativos, uma vez que trabalhadores da Área da Saúde (regidos pela L.C. nº 1.157/11) podem possuir até dois vínculos públicos. Esses vínculos foram tomados como sendo funcionários, uma vez que tendo duplo vínculo, o profissional irá desempenhar suas funções de acordo com o concurso público ou processo seletivo que originou a contratação na respectiva unidade de trabalho e jornada de trabalho, representando, portanto, a força de trabalho de dois trabalhadores.

Os dois bancos de dados foram relacionados pelo número do CPF, tendo sido adicionadas à base de dados dos funcionários, as informações sobre todas as licenças publicadas no ano

de 2011, podendo haver mais de uma licença por funcionário. Esse processo resultou em um arquivo com 72.242 registros, correspondentes aos funcionários sem licenças e com licenças, estes últimos aparecendo no banco tantas vezes quantas foram as suas licenças médicas. As etapas do trabalho de junção dos bancos estão apresentadas em fluxograma (figura 1).

Figura 1. Fluxograma da organização dos bancos de dados.



Após exclusão de registros incompletos e daqueles referentes a servidores de outras coordenadorias, o banco de dados foi dividido em três arquivos:

1. o de funcionários da CSS, contendo 35.044 registros;
2. o de licenças médicas, com parecer favorável concedidas durante o ano de 2011 para os trabalhadores da CSS contendo 14.372 registros. Esse número foi obtido após a exclusão, em sequência, das licenças-gestante (1,0%), dos pedidos que receberam parecer contrário ao benefício da licença-saúde (1,9%) e das licenças concedidas a parentes do servidor (2,2%); e
3. o de funcionários da CSS por vínculos, com licenças concedidas em 2011, totalizando 6.629 registros.

A análise descritiva buscou caracterizar o perfil dos trabalhadores da CSS e dos que se ausentaram por problemas de saúde; e o perfil das licenças concedidas, incluindo as informações sobre as doenças acometidas.

Em relação ao perfil dos trabalhadores, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade (18 a 30 anos, 31 a 40, 41 a 50, 51 a 60, 61 a 70 e mais de 70 anos), nível (de comando, universitário, intermediário ou elementar), área de atuação (administrativa, de saúde ou de pesquisa), unidade de lotação (hospital, ambulatório, gestão regional, sede de departamento, Unidade Básica de Saúde e Vigilância em Saúde). Em relação ao perfil das licenças concedidas: tipo de licença (de saúde ou por acidente de trabalho), doença que motivou a licença (codificada pelos números da Classificação Internacional de Doenças -CID10) e duração da licença (1 a 2, 3 a 7, 8 a 30, 31 a 60 e 61 a 90 dias). O limite de 90 justifica-se por ser o número máximo de dias de licença concedidos pelo DPME. Para os casos em que são necessários afastamentos superiores a 90 dias, o DPME realiza nova perícia.

Para as categorias dessas variáveis foram calculados os seguintes indicadores:

- a) média de licenças por 10 trabalhadores: número de licenças x 10 / número de trabalhadores existentes;
- b) Prevalência de trabalhadores com licença: número de trabalhadores licenciados x 100 / número de trabalhadores existentes; e
- c) média de licenças por trabalhador licenciado: número de licenças / número de trabalhadores licenciados.

Nos dois últimos indicadores, cada trabalhador licenciado foi incluído uma única vez no

cálculo, independente do número de licenças que obteve.

Resultados

A maioria dos funcionários ativos da SES-SP (70,0%) pertence ao sexo feminino (tabela 1). As faixas etárias de 41 a 50 anos e 51 a 60 anos concentram 36,0% e 30,7% dos funcionários, respectivamente, indicando que mais da metade dos profissionais tem entre 41 e 60 anos de idade. Apenas 3,7% têm menos de 30 anos de idade.

Aproximadamente 46% dos profissionais que atuam junto à CSS estão no grupo de nível intermediário (com exigência de ensino médio ou técnico completo) que inclui, entre outras, as classes dos Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Técnicos de áreas diversas. A maioria dos profissionais que trabalham junto à CSS pertence à área da saúde (71,0%) e se concentra nos hospitais (95,5% do total).

Em relação à classificação profissional, na área da saúde, a classe que agrupa a maior parte das mulheres é a de auxiliar de enfermagem e entre os homens, a classe mais frequente é a dos médicos (tabela 2). Na área administrativa, a maioria dos funcionários ocupa cargos de nível elementar. E considerando as duas áreas, 4,9% estão em cargos de comandos.

As mulheres receberam licença por motivo de saúde com mais frequência do que os homens (tabela 1). A prevalência de licenças nas mulheres foi de 22,1% e nos homens foi de 11,5%, ou seja, a metade do de mulheres. E, ainda, os percentuais de mulheres que receberam licença foram maiores em todas as idades.

Tabela 1. Trabalhadores lotados na Coordenadoria de Serviços de Saúde, trabalhadores com licença e licenças, segundo variáveis demográficas e profissionais. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Trabalhadores		Trabalhadores com licença		Licenças		
		N	%	N	prevalência	N	Média ¹ trab.	Média ²
		(A)		(B)	(B*100/A)	(C)	(C*10/A)	(C/B)
Sexo	Masculino	10.527	30,0	1215	11,5	2.545	2,4	2,1
	Feminino	24.517	70,0	5414	22,1	11.827	4,8	2,2
Idade	18 a 30 anos	1.297	3,7	230	17,7	413	3,2	1,8
	31 a 40 anos	7.276	20,8	1476	20,3	2.952	4,1	2,0
	41 a 50 anos	12.623	36,0	2245	17,8	4.853	3,8	2,2
	51 a 60 anos	10.765	30,7	2079	19,3	4.765	4,4	2,3
	61 a 70 anos	3.047	8,7	599	19,7	1.389	4,6	2,3
	71 a 80 anos	36	0,1	0	0,0	0	0,0	
Nível	de Comando	1.702	4,9	11	0,6	203	1,2	18,5
	Universitário	9.968	28,4	1.256	12,6	2.263	2,3	1,8
	Intermediário	16.223	46,3	4.212	26,0	9.098	5,6	2,2
	Elementar	7.130	20,3	1.150	16,1	2.807	3,9	2,4
	Sem informação	21	0,1	-	-	1	0,5	
Área	Administrativa	8.429	24,0	1.320	15,7	3.063	3,3	2,3
	da Saúde	24.877	71,0	5.297	21,3	11.101	4,5	2,1
	de Comando	1.702	4,9	11	0,6	203	1,2	18,5
	Carreiras de Pesquisa	15	0,0	1	6,7	4	2,7	4,0
	Sem informação	21	0,1	-	-	1	0,5	
Lotação	Hospital	33.463	95,5	6.404	19,1	13.977	4,2	2,2
	Amb. de Especialidades	1.005	2,9	184	18,3	311	3,1	1,7
	Gestão Regional	70	0,2	3	4,3	5	0,7	1,7
	Sede Departamento	206	0,6	9	4,4	13	0,6	1,4
	Unidade Básica/C.de Saúde	289	0,8	29	10,0	66	2,3	2,3
	Vigilância em Saúde	11	0,0	-	-	-	-	
Total		35.044	100%	6.629	18,9	14.372	4,1	2,2

(1) média para 10 trabalhadores existentes

(2) média para trabalhadores licenciados

Tabela 2. Trabalhadores da Coordenadoria de Serviços de Saúde e prevalência de licenças, segundo sexo e classe profissional. São Paulo, 2011.

Área / Classe profissional	Trabalhadores existentes						Prevalência de licenças
	Mulheres		Homens		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Saúde							
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	9.880	40,3	1.678	15,9	11.558	33,0	30,9
Enfermeiros	1.659	6,8	254	2,4	1.913	5,5	26,3
Médicos	2.514	10,2	3.573	33,9	6.087	17,4	7,4
Nível Elementar (LC 1157)	1.343	5,5	463	4,4	1.806	5,1	14,0
Outros de N.Intermediário (LC 1157)	1.028	4,2	630	6,0	1.658	4,7	13,6
Outros de N.Universitário (LC 1157)	1.480	6,0	375	3,6	1.855	5,3	12,0
Administrativa							
Nível Elementar (LC 1080)	3.378	13,8	1.946	18,5	5.324	15,2	16,6
Nível Intermediário (LC 1080)	1.934	7,9	1.073	10,2	3.007	8,6	12,7
Nível Univ.(LC 1080),Arquiteto,Engenheiro	35	0,1	63	0,6	98	0,3	8,2
Cargos de comando	1.241	5,1	461	4,4	1.702	4,9	7,6
Carreiras de pesquisa	13	0,05	2	0,02	15	0,04	6,7
Sem informação	12	0,05	9	0,09	21	0,06	0,0
Total	24.517	100	10.527	100	35.044	100	18,9

As maiores prevalências de licenças foram observadas para profissionais com cargo de nível intermediário (26%), da área da saúde (21,3%) e lotados em hospitais (19,1%) e unidades ambulatoriais (18,3%).

Observou-se que as classes profissionais com maiores prevalências de licenças concedidas foram a dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e profissionais de nível elementar da área administrativa e da área técnica (tabela 2).

As 14.372 licenças foram concedidas a 6.629 funcionários, observando-se de uma a 24 licenças por funcionário e média de 2,2 licenças (tabela 1). Aproximadamente a metade (49,7%)

dos trabalhadores teve apenas uma licença médica no ano de 2011 e 95% dos funcionários tiveram cinco ou menos licenças. O número médio de licenças para cada funcionário licenciado foi de 2,1 para os homens e de 2,2 para as mulheres. Esse número aumenta com a idade, indo de 1,8 para trabalhadores com menos de 30 anos até 2,3 para trabalhadores com 50 anos ou mais de idade.

Em relação ao tempo de duração do afastamento, as licenças mais frequentes (25,8%) foram as de 3 a 7 dias. As licenças mais curtas (até 15 dias) são mais frequentes em mulheres e as mais longas (mais de 15 dias) em homens (tabela 3).

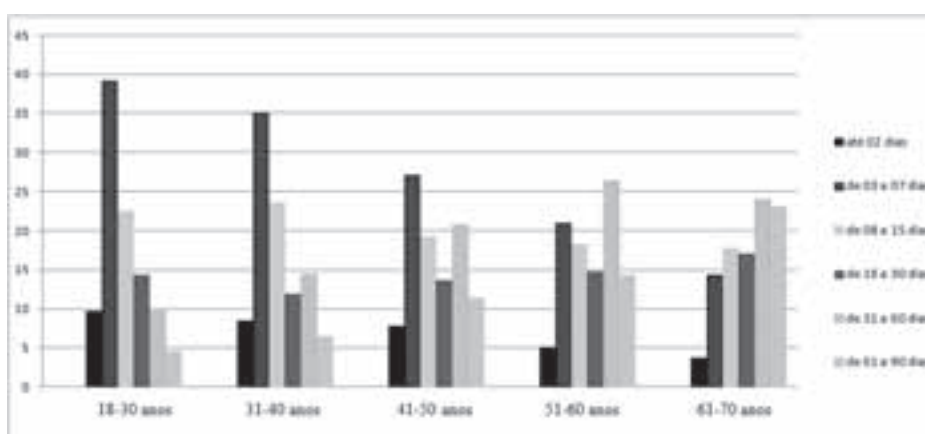
Tabela 3. Licenças concedidas a trabalhadores da Coordenadoria de Serviços de Saúde, segundo a duração do afastamento e sexo. São Paulo, 2011.

Duração do afastamento	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
até 02 dias	852	7,2	124	4,9	976	6,8
de 03 a 07 dias	3162	26,7	548	21,5	3710	25,8
de 08 a 15 dias	2361	20,0	478	18,8	2839	19,7
de 16 a 30 dias	1603	13,5	414	16,3	2017	14,0
de 31 a 60 dias	2513	21,2	556	21,8	3069	21,3
de 61 a 90 dias	1336	11,3	425	16,7	1761	12,2
Total	11827	100%	2545	100%	14372	100%

Há tendência de aumento de duração do afastamento na medida em que avança a idade do trabalhador. Entre a faixa etária dos 18 aos 30 anos de idade, por exemplo, somente

4,6% dos afastamentos tem duração de 61 a 90 dias enquanto na faixa etária das 61 aos 70 anos, o percentual se eleva para 23% (gráfico1).

Gráfico 1. Licenças concedidas aos trabalhadores da Coordenadoria de Serviços de Saúde, faixa etária e duração do afastamento. São Paulo, 2011.



Na área da Enfermagem (Auxiliares / Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros) as licenças mais curtas acontecem com frequência maior do que

para a média dos trabalhadores da CSS. As licenças dos médicos com duração de 8 a 30 dias são também mais frequentes que a média (tabela 4).

Tabela 4. Licenças concedidas aos trabalhadores dos maiores grupos de trabalhadores da Coordenadoria de Serviços de Saúde, segundo duração do afastamento. São Paulo, 2011.

Duração do afastamento	Auxiliares / Técnicos de Enfermagem		Auxiliares de Serviços Gerais		Enfermeiros		Nível Intermediário Área Adm.		Médicos/ Médicos Sanitaristas		Todas as classes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
até 2 dias	589	7,5	91	4,1	101	9,6	59	7,1	30	4,1	976	6,8
3 a 7 dias	2307	29,4	413	18,6	346	33,1	174	21,1	96	13,2	3710	25,8
8 a 30 dias	2537	32,4	773	34,8	328	31,4	252	30,6	338	46,4	4856	33,8
31 a 60 dias	1579	20,2	578	26	172	16,5	212	25,7	132	18,1	3069	21,3
61 a 90 dias	823	10,5	367	16,6	98	9,4	128	15,6	133	18,2	1761	12,3
Total	7835	100	2222	100	1045	100	825	100	729	100	14372	100

Os motivos de licenças estão mais frequentemente associados aos seguintes capítulos: Capítulo 13 (Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo), com 22,4% das menções; Capítulo 5 (Transtornos mentais e de comportamentos), 20,2%; Capítulo

19 (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências), 10,1%; e o Capítulo 7 (Doenças do olho e anexo), 9%. No entanto, entre os homens, o Capítulo 9 (Doenças do Aparelho Circulatório) aparece em quarto lugar, à frente do Capítulo 7.

Gráfico 2. Licenças concedidas a trabalhadores da Coordenadoria de Serviços de Saúde, segundo Capítulo da CID. São Paulo, 2011.



Observa-se que 28,2% dos afastamentos dentro do Capítulo 13 se enquadram em dorsalgia ou “dor nas costas”. Os casos classificados

como M51 (13,7%) também incluem os relacionados à coluna cervical.

Tabela 5. Licenças concedidas a trabalhadores da Coordenadoria de Serviços de Saúde com classificação de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, segundo códigos. São Paulo, 2011.

CID	Descrição	N	%
M54	Dorsalgia	907	28,19
M51	Outros transtornos de discos intervertebrais	440	13,67
M75	Lesões do ombro	290	9,01
M50	Transtornos dos discos cervicais	197	6,12
M17	Gonartrose [artrose do joelho]	172	5,34
M65	Sinovite e tenossinovite	154	4,79
M79	Outros transtornos dos tecidos moles, não classificados em outra parte	111	3,45
M77	Outras entesopatias	98	3,05
M25	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte	97	3,01
M19	Outras artroses	89	2,77
	Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	663	20,60
Total		3218	100%

Em relação às doenças classificadas no Capítulo 5, observa-se que quase a metade está relacionada à depressão: 32,0% de episódios depressivos e 16,1% de transtornos depressivos recorrentes.

Tabela 6. Licenças concedidas a trabalhadores da Coordenadoria de Serviços de Saúde com classificação de transtornos mentais e comportamentais, segundo os 10 códigos com maiores frequências dentro do Capítulo 5. São Paulo, 2011.

CID	Descrição	N	%
F32	Episódios depressivos	928	31,98
F33	Transtorno depressivo recorrente	468	16,13
F41	Outros transtornos ansiosos	370	12,75
F31	Transtorno afetivo bipolar	288	9,92
F43	Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	243	8,37
F20	Esquizofrenia	91	3,14
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	90	3,10
F06	Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física	64	2,21
F29	Psicose não orgânica	50	1,72
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	43	1,48
	outros transtornos mentais e comportamentais	267	9,20
Total		2902	100

Discussão

Os trabalhadores da CSS são, na sua maioria, mulheres, têm nível intermediário, equivalente ao ensino médio ou técnico completo, atuam na área da saúde, estão lotados em hospitais e estão incluídos na classe profissional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Em relação à obtenção de licenças por motivos de saúde, é possível dizer que esse profissional “típico” da CSS é também o que mais se ausenta do trabalho.

A prevalência de licença para o total de trabalhadores foi de 18,9%. Este percentual indica que praticamente um quinto dos trabalhadores da CSS esteve afastado, por pelo menos uma vez no ano de 2011, por problemas de saúde. A média de licenças por 10 trabalhadores foi de 4,4, indicando a ocorrência de praticamente uma licença para cada dois trabalhadores.

Sala et al⁵, no estudo sobre as licenças concedidas aos trabalhadores da SES-SP no ano de 2004, observaram que houve, naquele ano, uma média de episódios de licenças médicas (inicial mais as prorrogações) de 2,32 licenças por trabalhador. Portanto, em relação ao número de licenças por trabalhador a razão permaneceu praticamente a mesma nesse estudo de 2011, que foi de 2,2.

Os autores verificaram, ainda, uma maior proporção de trabalhadores com uma ou mais licenças entre aqueles lotados em hospitais em comparação com os lotados nos demais tipos de unidades (OR = 1,50). Da mesma forma, no presente estudo, verificou-se que os trabalhadores de hospitais apresentaram a maior taxa de prevalência de licenças concedidas (19,1%), em relação a outros locais de lotação⁵.

As ausências por licenças médicas concedidas aos trabalhadores provocam grande impacto nos hospitais da CSS em termos da prestação de serviços, podendo comprometer a qualidade,

eficiência e humanização da assistência. Os profissionais afastados não costumam ser substituídos durante a licença e como consequência, os demais podem ficar sobrecarregados na prestação dos serviços à população, aumentando o nível de estresse, desgaste físico e emocional.

Neste estudo, os auxiliares de enfermagem e enfermeiros, que têm atividades com grande exigência física, foram os profissionais que apresentaram as maiores prevalências. Em hospitais, é função dos auxiliares e técnicos de enfermagem realizar trocas de roupas, fraldas e lençóis, dar banho no leito para pacientes dependentes, como os da unidade de terapia intensiva, mudar a posição desses pacientes acamados ou com dificuldade de movimentos a cada duas horas pelo menos, a fim de prevenir a formação de escaras.

Monteiro et al realizaram estudo sobre trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde e indicaram que em “relação às características do trabalho, a associação à doença ocorreu naqueles com exigência predominantemente física, na maior duração semanal do segundo emprego, no maior tempo de trabalho na instituição. Quanto ao estilo de vida, estiveram associados à ocorrência de doença a obesidade, a longa duração das atividades domésticas e a não realização de atividades de lazer”².

Entre os profissionais da área da saúde, principalmente Auxiliares / Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos, é frequente o trabalho em dois vínculos empregatícios ou mais, algumas vezes na mesma unidade, mas também em locais distantes entre si. Os trabalhadores enfrentam o trânsito durante o deslocamento, cumprem jornadas em sistema de plantão (a SES-SP tem escala de 12 horas por 36 horas de descanso) e sacrificam os dias de folga pelo trabalho no

plantão inverso. Como há dificuldade de manter os quadros de pessoal mínimos nos hospitais, a administração oferece ainda, mensalmente, plantões extras aos profissionais que já possuem vínculo empregatício com a SES-SP e na perspectiva de melhora na renda, estes profissionais acabam assumindo também estas escalas extras.

Talvez este acúmulo de jornadas de trabalho, com atividades de exigência física, o avanço da idade (39,5% dos trabalhadores da CSS têm mais de 50 anos), o estilo de vida pessoal e, no caso das mulheres, o provável acúmulo de atividades profissionais e domésticas, possam justificar a taxa de prevalência de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

No trabalho de Ferreira¹ sobre o “Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008” foi citado um trabalho de Tome et al (1991) com trabalhadores municipais escandinavos, em que está descrita prevalência de 42% de doenças musculoesqueléticas entre os servidores com trabalho físico e de 32% em trabalhadores com predomínio de atividade mental. Ferreira¹ também cita Crimmins & Hayward (2004) que investigaram a associação entre as características de trabalho e a incapacidade laborativa em homens e mulheres idosos nos Estados Unidos (EUA). Os autores partiram da hipótese de que trabalhos com atividades físicas pudessem causar distúrbios musculoesqueléticos e verificaram que as mulheres poderiam ser mais vulneráveis a algumas condições de trabalho com tarefas rotineiras e exigências físicas. Este seria, portanto, o motivo da maior prevalência de doenças musculoesqueléticas no sexo feminino¹.

Neste estudo, as mulheres apresentaram prevalência de licenças por motivo de saúde de 22,1%, 90% maior que a de homens. E a prevalência foi maior em todas as classes profissionais.

Em relação à duração, os afastamentos mais curtos são mais frequentes para as mulheres e os mais longos para os homens.

Tem havido nos últimos anos, importante envelhecimento da população de trabalhadores da SES-SP, o que se reflete no registro de menos de um quarto de trabalhadores com idade inferior a 40 anos; apenas 3,7% têm entre 18 e 30 anos. A média de licenças cresceu com o aumento da idade, indicando que com o envelhecimento o número de licenças por trabalhador aumenta, bem como o tempo de duração das licenças. Nesse sentido, é possível afirmar que a sobrecarga de trabalho sobre aqueles que permanecem atuando para compensar as ausências de mão de obra e manter os serviços funcionando no mesmo ritmo é consequência do envelhecimento da população de funcionários da SES-SP.

Em relação à duração, observou-se que metade das licenças (52%) não superou 15 dias e um quarto durou até sete dias. Metade dos trabalhadores da CSS com afastamento em 2011 teve somente uma licença. Por outro lado, há 5% de trabalhadores que tiveram mais de cinco licenças.

Reis et al⁴, por meio de uma coorte de todos os trabalhadores da área de saúde de uma universidade pública, analisaram os fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem e os afastamentos de curta duração. Os resultados apontaram média de afastamentos de 1,4 por trabalhador, média de dias de 5,5, mediana de 1,0 dia e terceiro quartil de 7 dias.

Quanto aos motivos que causaram os afastamentos, a maior frequência está relacionada ao capítulo do CID que compreende as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, seguida do capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais e, em terceiro lugar,

dos afastamentos em virtude de lesões, envelhecimento e algumas outras consequências de causas externas, totalizando 52,7% em relação ao total de licenças concedidas. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Sala et al⁵ em 2004; os autores observaram frequências maiores de licenças nesses três capítulos (totalizando 52,5%), seguidas de 10,3% para as doenças do aparelho circulatório e 5,9% para doenças do aparelho respiratório.

Observa-se que 23% dos afastamentos dentro do capítulo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo se enquadraram em dorralgia ou “dor nas costas”, que, segundo o CID, pode provir dos músculos, nervos, ossos, articulações ou outras estruturas ligadas à coluna vertebral.

No trabalho realizado por Monteiro² foi citado estudo realizado em unidades de internação de um hospital que atendia pacientes com alto grau de dependência, em que os pesquisadores identificaram a prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre auxiliares e técnicos de enfermagem segundo as áreas anatômicas do corpo humano. A região lombar teve 59% de prevalência, seguida dos ombros (40%), joelhos (33,3%) e pela região cervical (28,6%). Resultado semelhante de outro estudo também apontou que os indivíduos com ocupações com exigência de trabalho físico e mental (composta predominantemente por auxiliares de enfermagem) apresentaram 31,9% de ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos².

Os “Transtornos Depressivos” corresponderam a 43% das licenças e segundo consta na descrição do CID estas perturbações caracterizam-se pela perda de prazer nas atividades diárias (anedonia), apatia, alterações cognitivas (diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente, de se concentrar ou/e de tomar

decisões), alterações psicomotoras (lentidão, fadiga e sensação de fraqueza), alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência), alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite), redução do interesse sexual, retraimento social, ideação suicida e prejuízo funcional significativo (como faltar muito ao trabalho ou piorar o desempenho escolar).

Se as classes de nível intermediário, tanto na área administrativa como na da saúde, representam quase a metade dos trabalhadores da CSS e são estes os responsáveis por grande parte das ações direcionadas diretamente aos pacientes e usuários do sistema de saúde, o número de casos de transtornos depressivos entre os trabalhadores afastados merece preocupação e análise mais profunda da situação.

De modo geral, a condição de estar doente não é desejável pelas pessoas, não sendo todas as que sofrem de doenças que se afastam do trabalho com licença. Geralmente, quando o afastamento acontece é porque estão ocorrendo limitações nas atividades da vida diária. Nem sempre quando o trabalhador retorna às atividades significa que esteja curado, permanecendo muitas vezes em acompanhamento ambulatorial e gerando dúvidas sobre quais seriam de fato suas condições reais para retornar às atividades de prestação de serviços ao público.

Relacionando os profissionais que realizam suas atividades diretamente com o público e as manifestações comportamentais dos transtornos depressivos, como imaginar quais as possibilidades de relacionamento interpessoal quando quem vai atender ao doente sofre de anedonia e apatia? E qual a condição real do profissional da enfermagem que deve administrar medicamentos aos pacientes e

apresenta alterações cognitivas, como a diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente e de se concentrar ou/e de tomar decisões? A avaliação destes quadros psíquicos e psicológicos pode ser bastante subjetiva. São vistos atualmente muitos casos na mídia, de trabalhadores da área da saúde manifestando surtos durante o atendimento, além de diversos casos de profissionais que trocaram medicações ou fizeram confusões que levaram pacientes ao óbito.

A Síndrome de Burnout ou estafa profissional é um distúrbio psíquico de caráter depressivo consequente à exposição do indivíduo a prolongados níveis de estresse no trabalho e compreende exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal. Vem sendo tema de vários artigos⁶ por ser considerado um risco ocupacional para os profissionais que atuam na área da saúde, educação e recursos humanos. Essa Síndrome não se caracteriza apenas por isso, mas os distúrbios psíquicos apontados acima são indicadores importantes relacionados ao Burnout.

Na CID há a descrição identificada pelo código “Z73” como “Problemas relacionados com a organização de seu modo de vida” e “Z74” como “Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde”. Neste estudo foram registrados apenas três casos com CID Z73 e dois como Z74, que poderiam indicar casos de Síndrome de Burnout. Pode-se observar pela descrição do diagnóstico diferencial que existe certa subjetividade em caracterizar “problemas relacionados com a organização de seu modo de vida”, e o profissional que atende ao paciente tem que estar muito bem preparado para conseguir realizar esta identificação.

Os sintomas psicossomáticos incluem enxaquecas, dores de cabeça, insônia, gastrite, úlceras, diarreias, crise de asma, palpitações, hipertensão, maior frequência de infecções, dores musculares, alergias, suspensão do ciclo menstrual nas mulheres. Os sintomas emocionais são impaciência, distanciamento afetivo, sentimento de solidão, sentimento de alienação, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, sentimento de impotência, desejo de abandonar o emprego, decréscimo do rendimento de trabalho, baixa autoestima, dúvidas de sua própria capacidade e sentimento de onipotência ou de impotência. Os sintomas comportamentais manifestos são os que geralmente levam ao absenteísmo em virtude da incapacidade de relaxar, mudanças bruscas de humor, isolamento, agressividade e violência, drogadicção e comportamento de risco.

Por este conjunto de sintomas e por ser ter uma classificação relativamente nova (início das discussões e descrição em 1970) pode existir dificuldade de diferenciação diagnóstica com os quadros de depressão, ansiedade e suscetibilidade às dores físicas e, conseqüentemente, dificuldade de identificação dos casos de Síndrome de Burnout.

Gestores e trabalhadores podem ter dificuldade em reconhecer o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos. Os gestores devem ter sempre presente que é papel de cada unidade de lotação proporcionar aos seus funcionários um ambiente saudável de trabalho. É importante ficar atento à saúde dos funcionários e principalmente ao seu nível de estresse e tentar ajudá-los a manter a satisfação no trabalho.

Mecanismos, informes ou relatórios regulares poderiam se constituir em importante fonte de

consulta e parâmetros para avaliação da gestão dos recursos humanos nas unidades de saúde.

Ao realizar este estudo foi possível constatar a dificuldade de construção do banco de dados cruzando informações sobre os trabalhadores e os afastamentos por problemas de saúde. A tarefa mostrou-se complexa e exigiu conhecimentos no que se refere ao manejo de softwares específicos, construção de planilhas e tabelas, que provavelmente não fazem parte da realidade da formação da maioria dos gestores.

A Secretaria da Saúde deveria investir na obtenção de informações que permitam traçar políticas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação de seus trabalhadores. É de extrema importância que essas informações ou os mecanismos que possibilitem aos gestores obtê-las estejam disponíveis para que seja possível analisar os afastamentos por problemas de saúde ao longo do ano e, sobretudo, realizar um planejamento voltado à saúde do trabalhador. É fundamental ter como objetivo o resgate e a reconstrução da identidade do trabalhador adoecido como cidadão, cuidar de quem cuida, promover e preservar a saúde de quem presta serviços de saúde.

Referências bibliográficas

1. Ferreira NV. Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008. [Dissertação Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública - Saúde do Trabalhador]. Rio de Janeiro; 2010.
2. Monteiro MS, Alexandre NMC, Rodrigues CM. Doenças musculoesqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP; 2006; 40(1): 20-5.
3. Porto MA. Faltas e licenças médicas, o absenteísmo na Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010. Acesso ao artigo em 12/08/2013. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28062011-101241/pt-br.php>.
4. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IML, iGuiné NA, Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. [Estudo apresentado no 16th Congress on Epidemiology in Occupational Health. Barcelona, Espanha, 2002]. São Paulo: Revista de Saúde Pública; 2003; 37(5): 616-23.
- (5) Sala A, Carro ARL, Correa AN, Seixas PHD. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública; 2009; 25(10): p.2168-2178.
- (6) Trigo TR, Teng CT, Hall JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica; 2007; 34 (5): 223-233.

A Mortalidade Infantil nos Municípios do Litoral Norte de São Paulo de 2003 a 2012

Child mortality in the cities of the northern coast of São Paulo from 2003 to 2012

Tânia Cristina Freitas Barbosa¹; Sílvia Regina Dias Medici Saldiva^{II}

Resumo

O artigo tem como objetivo descrever a evolução da mortalidade infantil no litoral norte de SP, considerando: os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes, bem como as principais causas de óbitos infantis. METODOLOGIA – Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. A população estudada consistiu no total de crianças menores de um ano e no total de óbitos infantis dos quatro municípios do litoral norte de São Paulo, no período de 2003 a 2012. Foram realizadas análises dos indicadores quanto aos componentes da mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal), suas tendências ao longo dos anos, suas causas; suas correlações com os critérios de classificação de causas evitáveis. RESULTADO – Persistem na região os óbitos neonatais precoces (56%), por causas perinatais (58%) e por malformações congênitas (19%), sendo a maioria evitável por intervenções relacionadas à gestação (33%), ao recém-nascido (32%) e, em menor proporção, ao parto (17%). A partir dos resultados obtidos sugerem-se a qualificação dos profissionais que realizam o pré-natal, o parto e a assistência inicial ao recém-nascido, bem como estudos que avaliem a saúde dos recém-nascidos egressos da UTI neonatal de Caraguatatuba.

Descritores: Mortalidade Infantil; Coeficiente de Mortalidade; Saúde Materno Infantil;

Abstract

The article aims to describe the evolution of infant mortality in the Northern Coast of São Paulo considering the infant mortality rates and their components as well as the main causes of infant deaths. METHODOLOGY - This is a descriptive epidemiological study. The study population consisted of children under one year old and the total number of infant deaths in the four cities of the Northern Coast of São Paulo, from 2003 to 2012. Analyses of indicators were conducted on components of infant mortality (early neonatal, late neonatal and post-neonatal), its trends over the years, its causes; their correlation with criteria for classification of preventable causes. RESULT - In the region persists early neonatal deaths (56%), due to perinatal causes (58%) and congenital malformations (19%) most of them being preventable by interventions related to pregnancy (33%), newborn (32 %) and, to a lesser extent, childbirth (17%). From the results obtained, the qualification of professionals who perform prenatal, childbirth and early newborn care is suggested, as well as studies that assess the health of newborns from the Neonatal ICU of Caraguatatuba.

Keywords: Infant Mortality; Mortality Rate; Maternal and Child Health

¹ Tania Cristina Freitas Barbosa (taninha_uba@hotmail.com) é enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Ilhabela e é Docente em Educação Superior.

^{II} Sílvia Regina Dias Medici Saldiva (smsaldiva@isaude.sp.gov.br) é nutricionista. Doutora em Saúde Pública pela USP. Pesquisadora Científica VI, docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS do Instituto de Saúde – SES/SP.

Introdução

A mortalidade infantil é reconhecida como um importante problema de saúde pública. Reflete a qualidade de vida e o nível de desenvolvimento de uma população, bem como as condições de assistência e acesso aos serviços de saúde ^{11,12}.

As crianças são fisicamente vulneráveis às doenças e às adversidades do meio em que vivem desde o ventre materno; assim, regiões que apresentam melhores condições de vida e garantem o acesso aos serviços de saúde de qualidade, apresentam potencial para exibirem baixos coeficientes de mortalidade infantil.

A redução dos óbitos infantis está na agenda política mundial há décadas. Em 2000, após a Assembleia Mundial do Milênio promovida pela ONU, a redução da mortalidade na infância passou a compor a 4ª Meta de Desenvolvimento do Milênio a ser atingida principalmente pelos países pobres ¹⁷.

No Brasil várias políticas foram implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) visando à redução dos óbitos infantis, destacam-se: o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); o Pacto pela Saúde (2006) e a Rede Cegonha ^{13,14,15}.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um indicador de saúde que estima o risco de morte de uma população de nascidos vivos menores de um ano. Consiste na proporção do número de óbitos em menores de um ano, em uma área e período determinado, sobre o número de nascidos vivos, no mesmo local e período, multiplicados por mil¹.

Através dele é possível compreender a magnitude do problema da mortalidade infantil de uma região, uma vez que ele permite estabelecer comparações. Ele também subsidia processos de planejamento, gestão de políticas e ações voltadas para atenção ao pré-natal, ao parto e à assistência ao recém-nascido¹⁶.

Para melhor detalhamento e compreensão, o CMI pode ser analisado de acordo com dois componentes básicos: o neonatal (referente aos óbitos ocorridos de 0 a 27 dias de vida) e o pós-neonatal (referente aos óbitos ocorridos de 28 dias até 1 ano de vida). O componente neonatal ainda pode ser subdividido em neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida) e neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida). Estas divisões e subdivisões apresentam fatores de risco distintos para a ocorrência de óbitos infantis e necessitam de estratégias de intervenções diferentes ^{8,15}.

Os fatores de risco associados à mortalidade no período neonatal são: prematuridade, baixo peso ao nascer e tipo de gravidez dupla ou mais. Já os fatores associados aos aspectos sociais e ambientais de uma população, como: saneamento básico precário, alimentação inadequada, ausência no controle das doenças infectocontagiosas, principalmente diarreias e desidratações estão mais relacionados aos óbitos ocorridos no período pós-neonatal^{5,12}.

Diversos estudos demonstram uma tendência ao decréscimo nos indicadores de mortalidade infantil brasileiros. Entretanto, desigualdades regionais e urbanas, altos coeficientes de mortalidade infantil em regiões pobres e iniquidades sociais, ainda são desafios a serem superados ^{5,12}.

De acordo com o Censo (2010) divulgado pelo IBGE, o coeficiente de mortalidade infantil no Brasil caiu 47,6% em relação a 2000. O declínio do CMI no país passou a se acentuar a partir da década de 1970. Em 1980, o CMI era de 78,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2009 de 19,3 e em 2010 de 15,6^{8,6}.

Estudos mostram que embora o país tenha evoluído no que se refere ao declínio dos CMIs, o indicador ainda é muito superior a países desenvolvidos. Além disso, os países desenvolvidos conseguiram uma redução simultânea da

mortalidade pós-neonatal e neonatal. Já no Brasil, a queda significativa ocorreu para os óbitos pós-neonatais. Em 2012, os óbitos neonatais representaram em torno de 70% da mortalidade em menores de 1 ano ^{2,6,8,22}.

O estado de São Paulo (SP), assim como o Brasil, apresenta tendência ao decréscimo no indicador de mortalidade infantil desde 1975. Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, em 1980 o CMI no estado era de 50,9 óbitos para 1000 crianças nascidas vivas, caindo para 11,5 em 2011¹⁹.

A redução da mortalidade infantil no estado de SP nas últimas décadas associou-se principalmente às melhorias nas condições de vida e de saneamento, e repercutiram de modo significativo nos óbitos ocorridos de 28 dias a 1 ano de vida^{12,21}.

Neste estudo buscou-se analisar o comportamento da mortalidade infantil na região do litoral norte de São Paulo, composta pelos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba. Estes municípios estão imersos nas ações políticas do estado que visam à redução dos CMIs, entretanto, são escassos estudos recentes sobre o comportamento da mortalidade infantil nesta região¹⁸.

Objetivo

O artigo tem como objetivo descrever a evolução da mortalidade infantil no litoral norte de SP entre os anos de 2003 a 2012, considerando: os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes, bem como as principais causas de óbitos infantis e suas classificações quanto à evitabilidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. A população estudada consistiu no total

de crianças menores de um ano e no total de óbitos infantis dos quatro municípios do litoral norte de São Paulo, no período de 2003 a 2012.

Este estudo é parte de uma Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (SES/SP) cujo tema foi a Avaliação dos Comitês de Mortalidade Infantil nos municípios do litoral norte de São Paulo.

Foram obtidos dados secundários nos Sistemas de Informação em Saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), referentes: ao número de nascidos vivos e aos óbitos infantis (por município de residência) de 2003 a 2012.

Os CMIs foram calculados por meio da divisão entre o número de óbitos em menores de um ano por município de residência, e o número total de nascidos vivos no ano, multiplicados por mil. Os coeficientes de mortalidade referentes aos componentes: neonatal (de 0 a 27 dias de vida); neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida); neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (de 28 dias a 1 a ano de vida) foram obtidos através da divisão entre o total de óbitos de cada componente pelo total de nascidos vivos no ano, multiplicados por mil.

Foram realizadas análises dos indicadores quanto aos componentes da mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal), ao comportamento destes no decorrer da série histórica, suas causas e classificações quanto aos critérios de evitabilidade. Esses dados foram obtidos por meio do acesso ao Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal³.

No que se refere às causas básicas dos óbitos, utilizaram os principais grupos de causas definidas nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), disponibilizadas no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil. A partir dessa categorização, as causas de

óbitos foram denominadas: evitáveis, não evitáveis e mal definidas, conforme a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por intervenções do SUS e serão apresentadas com o auxílio de números absolutos, percentuais e gráficos⁹.

Na análise dos dados obtidos no estudo utilizou-se o programa *Microsoft Excel 2007* para a confecção das tabelas e gráficos.

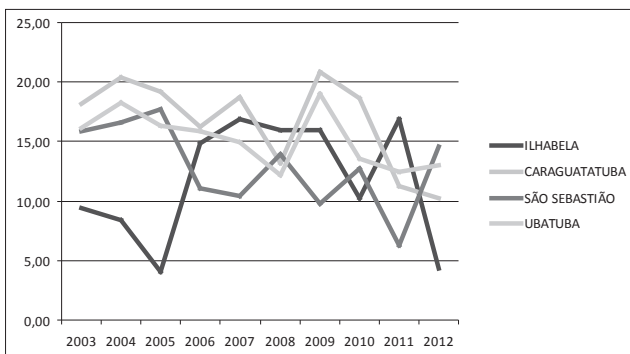
Resultados

Na série histórica de 2003 a 2012 nasceram vivas 43.728 crianças. Destas, 638 (1,46%) evoluíram ao óbito antes de completarem um ano de vida.

A região do litoral norte de São Paulo apresentou decréscimo nos CMIs no período analisado, passando de 16,07 óbitos infantis em 2003 para 11,61 óbitos infantis em 2012, por 1000 crianças nascidas vivas. O CMI da região no período analisado (2003 a 2012) foi de 14,59 óbitos infantis por mil nascidos vivos.

O gráfico 1 mostra a série histórica referente aos CMIs de cada município pertencente ao litoral norte de São Paulo. Observam-se oscilações importantes em todos os municípios. Chama a atenção o aumento dos CMIs nos municípios de Caraguatatuba e Ubatuba em 2009 (20,8 e 19,04, respectivamente), elevando o coeficiente regional.

Gráfico 1

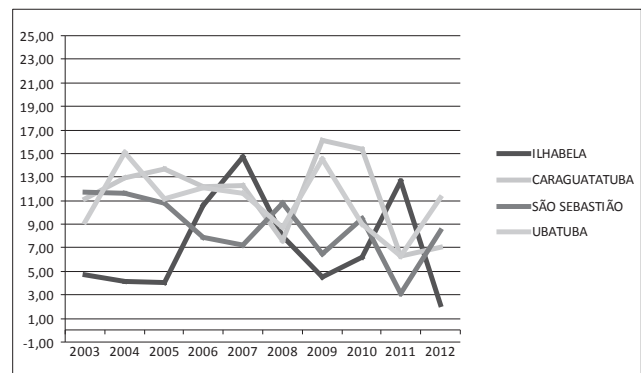


No que se refere aos componentes da mortalidade infantil, observou-se que os coeficientes de mortalidade neonatal apresentaram-se inferiores aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal, em todos os anos analisados (2003-2012).

Do total de óbitos infantis na região do litoral norte de SP entre 2003 e 2012: 56% ocorreram no período neonatal precoce (até o 7º. dia de vida); 13% ocorreram no período neonatal tardio (do 7º. ao 27º. dia de vida) e 31% no período pós-neonatal (de 28 dias de vida até 1 ano). Os óbitos neonatais representaram 69% do total de óbitos ocorridos durante o período analisado.

O gráfico 2 mostra a distribuição dos coeficientes de mortalidade de acordo com o componente neonatal (de 0 a 27 dias de vida). Todos os municípios apresentaram oscilações significativas no período analisado. Pôde-se observar que o município de Caraguatatuba, nos anos de 2009 e 2010, apresentou coeficientes elevados (próximos a 16 e 15 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente). Em 2011, todos os municípios apresentaram os menores coeficientes de mortalidade neonatal em todo o período, exceto Ilhabela.

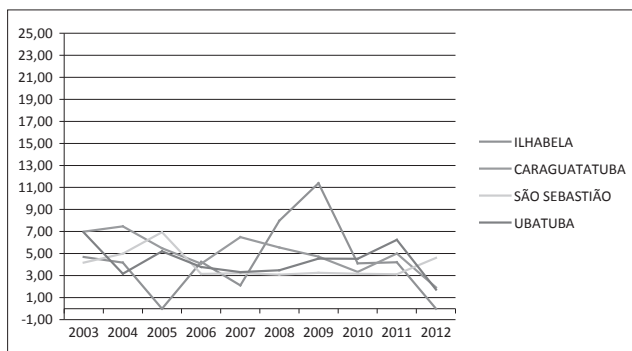
Gráfico 2



No que se refere aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal (de 28 dias de vida até 1 ano), todos os quatro municípios apresentaram queda no indicador durante o período analisado,

no qual também são observadas oscilações. Em relação ao município de São Sebastião, após 2006, observa-se uma estabilização com valores inferiores a cinco óbitos para 1.000 crianças nascidas vivas. Já o município de Ilhabela apresentou coeficientes de mortalidade pós-neonatal elevados em 2008 e 2009 (7,9 e 11,9 respectivamente) conforme pode ser visto no gráfico 3.

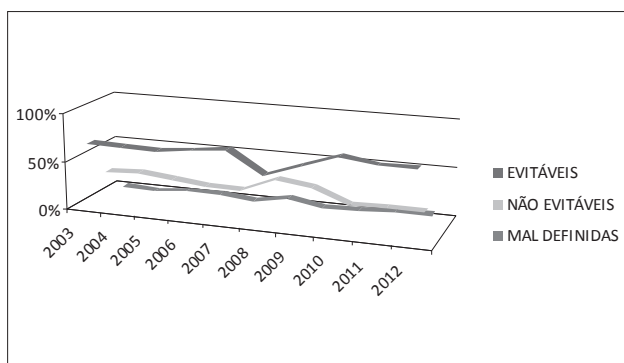
Gráfico 3



Ao se analisarem as principais causas de óbitos segundo grupo de causas da CID – 10: 58% foram relacionadas ao período perinatal, 19% foram decorrentes de malformações congênicas, deformidades e anomalias, e 5% foram causas relacionadas a doenças do aparelho respiratório.

Em relação aos óbitos evitáveis, os percentuais foram superiores a 60% até o ano de 2007, a partir de 2008 apresentaram uma queda e voltaram a aumentar em 2010 (acima de 60%) (gráfico 4).

Gráfico 4



Utilizando-se o critério de evitabilidade para as causas de óbitos⁹, na região do litoral norte, verifica-se que 33% se referem à ausência da atenção adequada à gestação, 32% ao recém-nascido e 17% ao parto.

Discussão

Este estudo mostrou que a Região Do Litoral Norte de São Paulo acompanhou o mesmo fenômeno de queda nos CMIs apresentado pelo Brasil e pelo próprio estado, passando de 16,07 óbitos infantis em 2003 para 11,61 óbitos infantis em 2012, por 1.000 crianças nascidas vivas. Não foi possível estabelecer causalidade para tal fenômeno, tendo em vista a complexidade dos determinantes dos óbitos infantis, os quais não foram explorados neste estudo.

No que se refere às particularidades municipais da região, ressalta-se que Ilhabela foi o menor município avaliado, com uma população de 27.956 habitantes, segundo o IBGE⁶. Por apresentar essa característica, as interpretações quanto aos CMIs ficam imprecisas, devido ao fato do cálculo apresentar distorções em populações pequenas, isso talvez justifique a amplitude aumentada das oscilações observadas em alguns gráficos apresentados. Quanto ao município de São Sebastião, a partir de 2005 ele mantém coeficientes menores que 15, atingido seu menor CMI em 2011: 6,25 óbitos por mil crianças nascidas vivas. Não foram observadas tendências nos CMIs de Ilhabela, Caraguatatuba e Ubatuba.

Em um estudo realizado no litoral norte de São Paulo entre os anos de 1990 e 2001⁴ sobre a mortalidade infantil mostrou como resultado elevados CMIs em todos os municípios. Entre os coeficientes mais altos, ressaltam-se: 50,86 por mil nascidos vivos em Caraguatatuba (1991); 36,83 por mil nascidos vivos em Ilhabela (1997);

36,21 em São Sebastião (1995) e 36,22 em Ubatuba (1996). Neste período, os CMIs oscilaram de 10 a 50 óbitos por mil crianças nascidas vivas, com tendência a queda.

O Brasil vem apresentando uma queda nos CMIs, evoluindo de 31,7 em 1999, para 22,5, em 2009, o que corresponde a uma queda de 29,0% no período. Esse declínio observado no País se deve principalmente às melhorias nas condições de vida e de habitação e ao aumento relativo do número de domicílios com saneamento básico adequado^{6,10, 22}.

Em pesquisas recentes, observou-se que o estado de São Paulo foi um dos estados brasileiros com o menor risco de morte infantil¹⁹.

No presente estudo, a região do litoral norte apresentou um CMI igual a 10,74 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2011, um pouco abaixo que o CMI do estado de São Paulo que foi igual a 11,55 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo ano. O valor do CMI do estado foi 2,63% menor que o valor de 2010, e 31,95% menor que o valor do ano 2000. Salienta-se que esses valores apresentaram distinções regionais importantes no estado de São Paulo, estando a Região de Saúde de Barretos com CMI igual a 8,26 e a Baixada Santista com CMI superior a 17 óbitos por mil crianças nascidas vivas no ano de 2011. A Região de Saúde de Taubaté exibiu indicador maior que o litoral norte no período, apresentando CMI igual a 11,95²⁰.

Na região do litoral norte de SP, os óbitos neonatais representaram 69% do total de óbitos ocorridos durante o período analisado (2003 – 2012).

A partir da década de 1980 prevaleceram no Brasil os óbitos neonatais, que correspondem a cerca de 70% da mortalidade infantil na atualidade^{8,22}.

No estado de SP constatou-se que, em 2011, 68,16% dos óbitos infantis concentraram-se no

período neonatal, destes, 50% ocorreram na primeira semana de vida (período neonatal precoce). A prevalência de óbitos neonatais precoces também foi observada na região do litoral norte (56%) no período analisado²⁰.

Os maiores riscos de ocorrência de óbitos neonatais estão associados à qualidade do pré-natal, ao atendimento ao parto e aos cuidados com o recém-nascido. No entanto, a garantia da saúde perinatal não é reflexo apenas de fatores assistenciais. O desenvolvimento socioeconômico da sociedade influencia também na mortalidade neonatal, uma vez que há uma predominância destes óbitos em grupos sociais de baixa renda. Pode-se afirmar que as desigualdades econômicas no País repercutem no acesso/assistência aos serviços de saúde de qualidade⁸.

Ressaltam-se ainda as variáveis biológicas que interferem também no componente neonatal da mortalidade infantil. Em um estudo realizado em Blumenau – SC (2005) verificou-se na análise das variáveis biológicas da mortalidade infantil, que a prematuridade, baixo peso ao nascer e tipo de gravidez dupla e mais, são fatores de risco que apresentam maior associação com a mortalidade no período neonatal. Os autores destacam, ainda, que os mesmos resultados foram encontrados em diversos estudos. Os recém-nascidos prematuros e com baixo peso são considerados mais vulneráveis às doenças infecciosas, transtornos metabólicos e imaturidade pulmonar, o que aumenta o risco para a mortalidade⁵.

À medida que a mortalidade infantil diminui, a saúde neonatal passa a ser mais relevante na elaboração de políticas²².

Em relação aos componentes da mortalidade neonatal (precoce e tardio), estudos apontam que o maior investimento na gravidez de alto risco, ou seja, captação precoce das gestantes para

as consultas de pré-natal, solicitação de exames, garantia de assistência obstétrica por profissionais qualificados, bem como a utilização de unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, tem como consequência a diminuição da mortalidade fetal e o deslocamento destes óbitos para o período neonatal precoce¹¹.

Neste sentido, o Brasil tem estabelecido políticas específicas, como: o Pacto Nacional de Combate à Mortalidade Materna e Neonatal (2004); o Pacto pela Saúde (2006) e a “Rede Cegonha” (2011)^{13, 14, 15}.

O Pacto pela Saúde (2006), com o auxílio do “Pacto pela Vida”, apresenta como um dos seus principais objetivos a redução da mortalidade neonatal em 5% e a implantação dos comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes¹³.

O Pacto Nacional de Combate à Mortalidade Materna e Neonatal (2004) propõe uma série de ações, como: estimular a promoção do parto humanizado; ampliar a cobertura das equipes de saúde da família, bem como a atenção ao pré-natal na rede de Atenção Básica; intensificar os cuidados com a mãe e o bebê na primeira semana de vida; garantir leitos de UTI à gravidez de risco; garantir o acesso ao planejamento familiar no SUS, entre outras¹⁴.

Já a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (que institui a Rede Cegonha) reconhece, mediante os seus preceitos, a necessidade de o País adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria na qualidade: do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da assistência à criança. Entre as ações da estratégia destacam-se como fundamentais para a redução do óbito infantil: a captação precoce de gestantes para a realização das consultas de pré-natal; a detecção de gestantes de alto risco para melhorias no acompanhamento;

a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTIs); a ambiência das maternidades e o acompanhamento das crianças menores de 2 anos pela Atenção Básica¹⁵.

Em 2010, o litoral norte de São Paulo foi contemplado com a primeira UTI Neonatal em Caraguatatuba. Essa UTI tem favorecido a sobrevivência de bebês anteriormente considerados não viáveis em decorrência da prematuridade.

No que se refere aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal, Ilhabela apresentou coeficientes em 2008 e 2009 de 7,9 e 11,4 respectivamente, voltando para valores inferiores a 5 óbitos por mil nascidos vivos em 2012. Em relação ao município de São Sebastião, após 2006, observa-se uma estabilização dos coeficientes de mortalidade pós-neonatal, mantendo valores inferiores a 5 óbitos para 1.000 crianças nascidas vivas. Em Caraguatatuba e em Ubatuba, não foram observadas tendências no período analisado.

Ao se compararem os componentes da mortalidade infantil na região do litoral norte de SP observou-se que os coeficientes de mortalidade neonatal mostraram-se superiores aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal em todos os anos referentes ao período analisado (2003-2012).

Os coeficientes da mortalidade neonatal apresentaram menores valores em 2011 e 2012 (6,04 e 8,03 óbitos por mil crianças nascidas vivas), já os coeficientes de mortalidade pós-neonatal apresentaram queda, com o menor valor do indicador em 2012 (3,57 óbitos por mil nascidos vivos).

Na série histórica (1990-2001) realizada na região⁴ os coeficientes de mortalidade neonatal variaram em média de 8 a 29 óbitos por mil nascidos vivos. Já os coeficientes pós-neonatais variaram de 2 e 21 óbitos por mil nascidos vivos. Neste estudo, os óbitos neonatais apresentaram-se superiores aos pós-neonatais. Foi possível

perceber uma queda nos óbitos infantis no litoral norte de SP, tanto no componente neonatal como no pós-neonatal. Observou-se também que os óbitos pós-neonatais apresentaram uma queda mais acentuada de 1999 a 2012 que os óbitos neonatais no mesmo período.

Estudos²² ressaltam que de 2000 a 2008, o decréscimo dos coeficientes de mortalidade neonatal no Brasil (3,2% ao ano) foi menor que os coeficientes pós-neonatais (8,1% ao ano), o que condiz com os resultados obtidos a partir da série histórica do litoral norte de SP.

Ao se analisarem as causas de óbitos na região: 58% foram relacionadas ao período perinatal (entre 22 semanas a 6 dias de vida), 19% decorrentes de malformações congênitas, deformidades e anomalias, e 5% causas relacionadas a doenças do aparelho respiratório.

No Brasil, as afecções do período perinatal foram responsáveis por 80% dos óbitos infantis entre 2003-2005⁸.

A prematuridade tem-se destacado como principal grupo de causas perinatais e neonatais no Brasil e no mundo. Estudos indicam que essa causa está associada: à assistência ao pré-natal de qualidade (prevenção); ao manejo obstétrico (abordagem à imaturidade pulmonar) e à assistência ao recém-nascido prematuro⁸.

Em 2011, o estado de São Paulo apresentou os mesmos três grupos de causas predominantes no litoral norte: causas perinatais (57,40%), malformações congênitas (21,90%) e doenças do aparelho respiratório (5,63%). As mortes infantis por malformações congênitas foram as que apresentaram a menor diminuição das taxas e a sua participação no total das mortes infantis aumentou de 17,26% (2000) para 21,90%²⁰.

Em relação aos óbitos evitáveis na região, os percentuais foram superiores a 60% até o ano de 2007, a partir de 2008 eles apresentaram

uma queda e voltaram a aumentar em 2010 (acima de 70%). Verificou-se ainda que de 2003 a 2012, 33% dos óbitos evitáveis associaram-se à ausência da atenção adequada à gestação, 32% ao recém-nascido e 17% ao parto. Os óbitos não classificados resultaram em 4%.

Em um estudo que analisou os óbitos infantis investigados pelo Comitê Regional da 15ª. Regional de Saúde do Paraná foram considerados evitáveis 60 a 70% dos óbitos investigados entre 2005 e 2006, e 52,4% foram considerados evitáveis por meio da adequada atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido, e 4,9% foram classificados como causas mal-definidas. Esses resultados são equiparáveis aos resultados observados na região do litoral norte de SP¹¹.

Considerações finais

Este estudo buscou descrever a evolução da mortalidade infantil no litoral norte de SP entre os anos de 2003 a 2012, considerando: os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes, bem como as principais causas de óbitos infantis e suas classificações quanto à evitabilidade.

Os CMIs nos municípios da região apresentaram valores decrescentes entre 2003 e 2012, embora sejam observadas oscilações no período. Quanto aos componentes da mortalidade infantil, os coeficientes de mortalidade neonatal mostraram-se superiores aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal em toda a série histórica.

Persistem na região os óbitos neonatais precoces (56%), decorrentes de causas perinatais (58%) e malformações congênitas (19%), sendo a maioria evitável por intervenções relacionadas à gestação (33%), ao recém-nascido (32%) e, em menor proporção, ao parto (17%).

A concentração de óbitos no período neonatal precoce e o alto percentual de causas perinatais mostram a necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais que realizam o pré-natal, o parto e a assistência inicial ao recém-nascido, uma vez que as causas de óbitos neste período estão ligadas principalmente à assistência dispensada no período perinatal.

A implantação de políticas de incentivo ao fortalecimento dos Comitês de Investigação da Mortalidade Infantil também se mostra relevante, pois estes desvendam as causas desencadeantes dos óbitos e propõem ações ao gestor de saúde municipal, favorecendo assim prevenção da mortalidade infantil por causas evitáveis.

A partir deste estudo, sugerem-se ainda, pesquisas que avaliem a saúde dos recém-nascidos egressos da UTI neonatal de Caraguatatuba (e outras UTIs regionais) e o seguimento destes na rede de Atenção Básica dos municípios. Os recursos tecnológicos dispensados ao recém-nascido na UTI neonatal têm garantido a sobrevivência de bebês considerados anteriormente como não viáveis. Estudos com esse grupo populacional viabilizarão nova e melhor abordagem clínica e social visando à prevenção da mortalidade neonatal na região.

Referências

1. Costa AJL, Kale PL, Vermelho LL. Indicadores de saúde. In: Medronho R. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 33 - 55.
2. Datasus - Departamento de Informática do SUS [homepage na internet]. Indicadores de Saúde [acesso em 2 abr 2013]. Brasília (DF). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>
3. Datasus - Departamento de Informática do SUS [homepage na internet]. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal [acesso em 20 maio 2013]. Brasília (DF). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>
4. Formaggia DM, Toia RMC, Romeiro SA. Evolução da Situação da Saúde do Litoral Norte do Estado de São Paulo e a Busca de Indicadores de Saúde Ambiental [monografia na Internet]. São Paulo; 2005 [acesso em 20 dez 2012]. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa15>
5. Helena ETS, Sousa CA, Silva CA. Fatores de risco para mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre bancos de dados. Rev Bras Saude Mat Inf [periódico na internet]. 2005 [acesso em 28 jun 2013]; 5(2):209-217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292005000200010&script=sci_arttext.
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores de sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. [acesso em 5 abr 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010 [monografia na internet]. Rio de Janeiro; 2011. [acesso em 5 abril de 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
8. Lansky S, França E. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas [monografia na internet]. 2008. [acesso em 5 de abril de 2012]. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF.
9. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Neto OLM, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde [periódico na internet]. 2007 [acesso em 28 jun 2013]; 16 (4): 233-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292012000300007&script=sci_arttext.
10. Mansano NH, Mazza VA, Soares VMN, Araidi MAR, Cabral VLM. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. Cad Saúde Públ [periódico na internet]. 2004 [acesso em 28 jun 2013]; 20 (1):329-332. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/51.pdf>.
11. Mathias TAF, Assunção NA, Silva GF. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do estado do Paraná. Ver Esc enferm USP [periódico na internet]. 2008 [acesso em 28 jun 2013]; 42 (3): 445-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005.
12. Mendes S JD. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. BEPA. Bol Epidemiol [periódico na internet]. 2009 [acesso em 28 jun 2013]; 6(69): 1-11. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa69_gais.htm.

13. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF); 2006. v.1, 76p.
14. Ministério da Saúde. Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal [monografia na internet]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 5 de abr 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/.
15. Ministério da Saúde. Portaria n. 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS – a Rede Cegonha. [portaria na internet]. Brasília, DF; 2011 [acesso em 28 de jun 2013]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/html>
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção [monografia na internet]. Brasília (DF); 2009. [acesso em 28 jun 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf
17. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento., 2000 [homepage na internet] Objetivos para o desenvolvimento do Milênio [acesso em abr 2012]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>.
18. SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Índice Paulista de Responsabilidade Social. [acesso em 2 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/projetos/iprs/>
19. SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Indicadores de saúde [acesso em 20 maio 2013]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
20. SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Análises: em São Paulo a taxa de mortalidade infantil manteve-se decrescente em 2011 [acesso em 20 maio 2013]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf>
21. Venâncio SI, Paiva R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. Ver Bras Saúde Mat Infant [periódico na internet]. 2010 [acesso em 28 jun 2013];10 (3): 369-375. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292010000300010&script=sci_arttext.
22. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde no Brasil 2: Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios [monografia na internet]. 2011. [acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: www.thelancet.com.

Desenvolvimento Profissional e a Importância da Formação para Atuação no SUS sob a ótica da gestão

Renata Cristina Ventura Mascarelle¹ Sandra Magali Fihlie Barbeiro^{II}

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, deu-se início à organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional² e entre as diversas atribuições, a missão de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde, conforme art. 200, inciso III da Constituição Brasileira⁷.

Desde a sua instituição, o SUS vem assumindo uma ação ativa na reordenação do cuidado, cumprindo um papel condutor de mudanças nas práticas de saúde, como na formação profissional para atuação neste sistema⁶.

Dessa forma, o setor saúde passou historicamente por uma série de transformações sociais e econômicas que tiveram fortes reflexos em sua base técnica e, portanto nos profissionais e no processo de trabalho utilizado⁹, representando para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde⁸.

Um dos impactos mais expressivos dessas mudanças no ambiente é por parte das organizações, pelo aumento do nível de qualificação e de conhecimentos exigidos dos profissionais, com implicações diretas na gestão de pessoas e nos modelos utilizados em sua administração⁴

Em 1986, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde destaca a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua formação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira⁵.

Atualmente, observa-se uma crescente preocupação com as mudanças na formação profissional em saúde, na qual configura a necessidade de profissionais capazes de contribuir com a sociedade no campo profissional e também nos campos políticos e sociais⁶.

Paralelamente à discussão que acontece no interior do SUS em suas instâncias de formação e desenvolvimento profissional, outro movimento também aconteceu no sistema de pós-graduação nacional. A Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação – Capes/MEC, responsável pela coordenação dos programas de pós-graduação no Brasil, regulamentou a criação de Mestrados Profissionais por meio da Portaria nº 47 de 17 de outubro de 1995. O mestrado profissional é uma modalidade de formação que busca enfrentar

¹ Renata Cristina Ventura Mascarelle (renatamascarelle@gmail.com) é enfermeira, Especialista em UTI Neonatal e Pediátrica. Especialista em Estratégia Saúde da Família - UNASUS/UNIFESP. Especialista em Gestão de Recursos Humanos em Saúde - FSP/USP. Coordenadora de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, Embu das Artes-SP

^{II} Sandra Magali Fihlie Barbeiro (sandra@embudasartes.sp.gov.br) é médica Secretária de Saúde da Cidade de Embu das Artes –SP

um problema proposto pelo campo profissional de atuação do aluno, utilizando de forma direcionada, verticalizada, o conhecimento disciplinar existente para equacionar tal problema. Não se trata de repetir soluções já existentes, mas de conhecê-las para propor a solução nova. Não é o caso, portanto, de ensinar técnicas, pois isso seria o objeto de um curso de especialização. No caso do mestrado profissional, o objetivo é um direcionamento claro para encontrar o caminho da resposta a uma pergunta específica proposta pela área profissional como algo que deve ser investigado e solucionado naquela área¹⁰.

Assim, entende-se que a Capes, ao regulamentar essa modalidade de pós-graduação, aposta na soma do aspecto prático ao teórico e sedimenta uma larga ponte de mão dupla entre a comunidade acadêmica e os demais setores da sociedade, que necessitam de estudos e pesquisas de qualidade, indo assim ao encontro das necessidades do SUS.

No município de Embu das Artes sempre fomos defensores de que os serviços públicos de saúde devem manter uma parceria constante com a comunidade acadêmica, pois assim como esta pode nos oferecer instrumentos para melhorarmos a gestão dos serviços, os serviços também contribuem para a academia com a sua “riqueza” que é a sua expertise prática. Ao longo de nossa gestão à frente da Secretaria de Saúde realizamos parcerias com grandes e renomadas instituições acadêmicas, entre elas o Instituto de Saúde, que não só formou vários técnicos como também produziu uma série de trabalhos que nos ajudaram a aperfeiçoar as políticas públicas de saúde implantadas em nossa cidade. A parceria do município com o Instituto de Saúde teve início em 2010, com a participação de alunos do Programa de Aprimoramento Profissional em estudos que buscavam responder questões

de pesquisa prioritárias identificadas pela gestão, como estratégias para a territorialização, redução de mortalidade infantil e avaliação da atenção básica, entre outros.

Acreditamos que os “muros” das instituições de ensino devam ser derrubados, pois a academia, em nossa compreensão “serve” à sociedade e é para ela que devemos construir políticas públicas perenes que transformem a vida das pessoas para uma existência mais justa e igualitária. Podemos citar vários exemplos de pesquisas desenvolvidas em nosso município como as relacionadas à saúde do trabalhador do SUS, vacinação na primeira infância, gestão, meio ambiente e saúde, aleitamento materno, entre outras, pesquisas essas que produziram mudanças nos processos de trabalho ao nível local e qualificaram o atendimento aos nossos cidadãos e cidadãs. Entre elas, não temos dúvida de que o trabalho da profissional *Lucimeire de Sales Magalhães Brockveld*, “Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP”, desenvolvido no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP contribuiu e contribui para o fortalecimento da política municipal de aleitamento materno.

Tal pesquisa teve como foco o aleitamento materno, no contexto do desenvolvimento de ações municipais voltadas à promoção da saúde. Na medida em que está em evidência a importância das mudanças das práticas de atenção à saúde que ultrapassem o modelo médico-curativo, impulsionado pelo complexo médico-industrial do século XX, composto por consumo de medicamentos e recursos diagnósticos, a promoção a saúde ganha destaque no campo da saúde pública, resgatando a concepção da saúde como produção social e busca desenvolver políticas públicas e ações coletivas. Na promoção da saúde,

o enfoque encontra-se em investir no empoderamento de cidadãos e trabalhar para espaços democráticos, especialmente no nível local, de modo que se desenvolvam políticas que partam das necessidades de saúde identificadas¹¹.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1993, apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento nas práticas de saúde, no trabalho em saúde, na formação e educação, abordando o cuidado integral e em documento publicado em 2006, o Ministério da Saúde orientou que a Atenção Básica precisa estabelecer a ESF como prioridade para sua organização¹.

Para que a promoção da saúde alcance o objetivo de mudanças de práticas de saúde, a linha de cuidado em saúde deve ser pactuada com os atores envolvidos dos serviços, apresentando o usuário como centro do processo de produção de saúde respondendo ao princípio da integralidade preconizada pelo SUS⁶.

Contemplando o desenvolvimento profissional e a promoção de saúde, a pesquisa desenvolvida ressalta a potencial contribuição de ações de formação profissional como treinamentos, capacitações e sensibilizações como uma ferramenta de promoção em saúde¹⁰. É importante destacar que a inserção da profissional/aluna no município, atuando como gerente de uma Unidade Básica de Saúde e com forte envolvimento na implementação da política local de aleitamento materno, possibilitou a identificação desse tema para o desenvolvimento do estudo, visando a contribuir para o fortalecimento dessa linha de cuidado de atenção à criança.

Indo mais além, este mesmo estudo destaca que após um período de maior acréscimo de ações de desenvolvimento profissional para atuar na promoção em saúde, os índices de aleitamento materno exclusivo passaram de 16% para 27% entre os anos de 2001 e 2004, chegando a 42%

em 2010, períodos traduzidos em redução da mortalidade infantil no ano de 2000 de 16,94% para 12,30% em 2012³.

Esse trabalho constitui importante contribuição, uma vez que a cidade de Embu das Artes desenvolve há anos essa política e, com a possibilidade do mestrado oferecida a nós pelo Instituto de Saúde ampliou-se, com certeza, os conhecimentos da profissional, bem como qualificou-se em muito a nossa gestão diante da Saúde Pública de nossa cidade. Acreditamos que esse trabalho vem produzindo a diferença junto às ações realizadas no plano local.

O desenvolvimento de recursos humanos para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio e representa um papel de grande relevância no fortalecimento de um SUS democrático e eficiente², com intensa necessidade de renovação nos processos de formação, qualificação e aperfeiçoamento profissional ao conjunto de trabalhadores que já atuam no setor saúde.

Desta maneira, é preciso constituir espaços de discussão e reflexão das práticas cotidianas do trabalho, fortalecendo as ações exitosas, direcionando para novas estratégias.

Referências

1. Amâncio Filho A, Oliveira SP, organizadores. Mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde: ação e reflexões. Rio de Janeiro: MS/SGTES/ENSP/FIOCRUZ; 2009.
2. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. 2011;20(4):884-899.
3. Brockveld LSM. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP [dissertação de mestrado profissional]. São Paulo: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2013.

4. Carvalho MB, Nascimento AFA, Marinho EG, Ramos MGVC, Santos RAB, Guimarães RS. O desafio do planejamento de recursos humanos ante as novas demandas do mercado. *Cad Grad Ciênc Hum Soc.* 2014;2(1):13-24.
5. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. 1986. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
6. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Rev Bra Educ Méd.* 2010;34(n.2): 207-215.
7. Haddad, AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Públ [periódico na internet]* . 2010 [acesso em 10 agosto 2014];44(3): 383-393.
8. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França. T, organizadores. *O Trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas.* Rio de Janeiro. CEPESC,UERJ; 2011. v.1, p. 103-116.
9. Médici AC, Machado MH, Nogueira RP, Girardi SN. Aspectos conceituais e metodológicos dos levantamentos estatísticos sobre força de trabalho em saúde no Brasil. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Organização Pan-Americana da Saúde; s.d.
10. Quelhas OLG, Faria Filho JR França SLB. O mestrado profissional no contexto do sistema de pós-graduação brasileira. *Rev Bras Pós-Grad.* 2005;2(4):97-104.
11. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2003;7(12):101-22.

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



SECRETARIA
DA SAÚDE

