



Rosa Cândida Cordeiro
Suelly Pinto Teixeira de Moraes
Ticiane Osvald Ramos
(Organizadoras)

A SAÚDE COLETIVA EM DESTAQUE II

SEAD

Superintendência de
Educação Aberta e a Distância



Editora UFRB



**UNIVERSIDADE
ABERTA DO BRASIL**



Rosa Cândida Cordeiro
Suely Pinto Teixeira de Moraes
Ticiane Osvald Ramos
(Organizadoras)

A Saúde Coletiva em Destaque II

Cruz das Almas - BA
2017

Este livro faz parte do Edital Interno SEAD/EDUFRB Nº 04/2016.

FICHA CATALOGRÁFICA

C794s

Cordeiro, Rosa Cândida.

A saúde coletiva em destaque II. Rosa Cândida Cordeiro, Suelly Pinto Teixeira de Moraes e Ticiania Osvald Ramos._ Cruz das Almas,BA: UFRB, 2017. 200p.; il.

ISBN: 978-85-5971-032-8

1.Medicina preventiva – Política de saúde.
2.Promoção da saúde – Aspectos sociais – Relações culturais. 3.Recôncavo Baiano – Avaliação.
I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Superintendência de Educação Aberta e a Distância.
II.Morais, Suelly Pinto Teixeira de. III.Ramos, Ticiania Osvald. IV.Título.

CDD: 614.0981

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas - UFRB.





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB

Silvio Luiz de Oliveira Soglia
Reitor

Georgina Gonçalves dos Santos
Vice-Reitora



SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA-SEAD

Ariston de Lima Cardoso
Superintendente – Coordenador UAB

Adilson Gomes dos Santos
Coordenador Adjunto UAB



SUPERINTENDENTE DA EDITORA UFRB

Sérgio Augusto Soares Mattos

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Américo Almassy Júnior
Celso Luiz Borges de Oliveira
Geovana da Paz Monteiro
Jeanne Saskya Campos Tavares
Léa Araujo de Carvalho

Nadja Vladi Cardoso Gumes
Sérgio Augusto Soares Mattos
(presidente)
Silvana Lúcia da Silva Lima
Wilson Rogério Penteado Júnior

SUPLENTEs
Carlos Alfredo Lopes de Carvalho
Robério Marcelo Ribeiro
Rosineide Pereira Mubarak Garcia



EQUIPE DE PRODUÇÃO DA SEAD

Agessandro Azevedo Carvalho
Técnico em Assuntos Educacionais

Sabrina Carvalho Machado
Assistente em Administração

Dayane Sousa Alves
Assistente em Administração

Jônatas de Freitas Santos
Técnico em Informática

Karina Zanoti Fonseca
Chefe do Núcleo de Mídias

Carlos André Lima de Matos
Diagramador - Estagiário

Luiz Artur
Assistente em Administração

Raimar Ramos de Macedo Filho
Diagramador - Estagiário

SEAD - UFRB

Casa N°1 - Campus Universitário. Telefone: (75) 3621-6922.

EDITORA - UFRB

Biblioteca do Campus de Cruz das Almas. Telefone: (75) 3621-7672. Rua Rui Barbosa, 710 - Centro. Cruz das Almas-BA.

Sumário

Apresentação	9
Territorização da atenção primária à saúde: A experiência de um geógrafo na gestão do SUS <i>Ismael Mendes Andrade, Jeane Saskya Campos Tavares e Washington de Jesus Sant'Anna da Franca Rocha</i>	13
O Conselho Municipal de Saúde na ótica dos usuários e usuárias <i>Eduardo Rafael Silva de Freitas, Rosa Cândida Cordeiro e Ismael Mendes Andrade</i>	33
Processos de trabalho na rede de atenção à saúde <i>Luiza Emanuelle das Mercês Rios, Elaine Andrade Leal Silva, Willian Tito Maia Santos, Rosa Cândida Cordeiro, Mariluce Karla Bomfim de Souza</i>	47
Trabalho no setor saúde e os determinantes sociais da saúde <i>Fernanda de Oliveira Souza, Paloma de Sousa Pinho, Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara, Aline Macedo Carvalho Freitas, Tânia Maria de Araújo</i>	69
Internações por condições sensíveis à atenção primária <i>Silvaneide Gonçalves Santana Leite, Margarete Costa Helioterio e Jacqueline Reiter de Oliveira</i>	89
Doenças crônicas entre idosos no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia <i>Thainara Tolentino Oliveira, Allina Leal Bringel, Arisne Munique da Silva Ramos, Laíne Maria Damasceno, Saulo Wesley Silva Lessa Vilasboas, Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo e Simone Seixas da Cruz</i>	109
Sexualidade: experiência pessoal, essencial e normatizada <i>Maria da Conceição Costa Rivemales e Mirian Santos Paiva</i>	121

Segurança alimentar e nutricional: aperfeiçoamento de um protocolo de indicadores para avaliação em âmbito local <i>Marlus Henrique Queiroz Pereira, Maria Luiza Amorim Sena Pereira, Barbara Eduarda Panelli-Martins e Sandra Maria Chaves dos Santos</i>	139
Programa nacional de imunização: o que diz os agentes comunitários de saúde? <i>Luziane dos Santos, Josele de Farias Rodrigues Santa Bárbara, Elaine Andrade Leal Silva, Paloma de Souza Pinho Freitas, Aline Macedo Carvalho Freitas e Fernanda de Oliveira Souza</i>	155
Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: Revisão sistemática <i>Adailton Alves da Costa Filho, Elizabete de Jesus Pinto e Suelly Pinto Teixeira de Moraes</i>	177
Sobre o(a)s autore(a)s	195

Apresentação

Ticiana Osvald Ramos

Suely Pinto Teixeira de Moraes

Rosa Cândida Cordeiro

A presente obra, como o próprio título sugere, representa um fluxo de continuidade do esforço de disseminação produtiva do coletivo de professores e orientados/orientandos da Área de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – CCS/UFRB, em relação à publicação do primeiro Livro “A Saúde Coletiva em Destaque” (2016)¹, oportunizando novamente o compartilhamento de experiências e de parte da produção acadêmica desse grupo.

Nesse breve período entre ambas publicações, uma série de iniciativas poderiam ser citadas como reafirmação dos ideais que permearam a trajetória de mais de 10 (dez) anos de implantação da Universidade e do CCS: a promoção da democratização do ensino superior como meio de fortalecer a integração socioeconômica, política, artística e cultural do território de identidade do Recôncavo. Escolhemos aqui uma dessas iniciativas para simbolizar esse processo: a ação de concepção e produção de um mural visual permanente no CCS, uma primeira intervenção artística que vem preencher suas, até então, monocromáticas paredes.

O Mural intitulado “Raízes Recôncavas”, foi proposto como Projeto de intervenção artística

¹HENRIQUE, Flávia C.dos Santos; BITTENCOURT, Liliane de Jesus e CORDEIRO, Rosa Cândida (orgs.). A Saúde Coletiva em Destaque. Cruz das Almas/BA: UFRB, 2016, 340 p.

para o Centro como parte das atividades do “Reencôncavo Saúde” (evento integrativo) do primeiro semestre de 2016, a partir do convite feito ao Artista Visual Tiago Botelho, de iniciativa de dois coletivos de pesquisa e extensão².

“Raízes Recôncavas” foi concebido, desenhado e pintado no CCS em um processo que procurou envolver a comunidade acadêmica e com o objetivo de propor um olhar artístico-etnográfico sobre a cultura do Recôncavo Baiano, elencando uma série de signos que permeiam o universo material e simbólico desse território: a paisagem, o casario, as manifestações culturais como o samba de roda e a capoeira, as festas populares, o ofício da baiana de acarajé, as parteiras, rezadeiras e raizeiras tradicionais, as religiões de matriz africana, o catolicismo santantoniense representado por Santo Antônio, a diversidade humana, a negritude, o indígena, a cigana, além de uma série de elementos da fauna e flora. Algumas pessoas reconhecidas também foram retratadas, como Dona Dalva Damiana de Freitas, Doutora *Honoris Causa* pela UFRB.

Uma figura central estrutura o mural: uma árvore em cuja frente repousa uma senhora carregando um pote e em cuja copa, como frutos, estão dispostas pessoas de etnias, gêneros e gerações diferenciadas. Assim, intencionamos que essa imagem salguarde em nós, em nossas práticas e nos saberes que dispusermos para compartilhar, uma relação intrínseca de reconhecimento deste território humano e (i)material como fonte inesgotável de sementeira e colheita.

Assim, damos continuidade ao processo de reflexão no campo da Saúde Coletiva compartilhando, primeiramente, estudos realizados no Território do Recôncavo e que incluem em suas análises elementos diretamente a ele relacionados, como a territorialização da atenção à saúde, as redes de atenção à saúde, participação de diferentes atores nas redes de atenção e processos de trabalho em saúde. Em seguida, alguns estudos apresentam reflexões relacionadas ao processo saúde e doença, a partir de objetos específicos como doenças crônicas, sexualidade e a segurança alimentar e nutricional. Por fim, um conjunto de estudos se refere à

²Participaram (co)Laboratório Humano de Estudos, Pesquisa e Extensão Transdisciplinares em Integralidade do Cuidado em Saúde e Nutrição, Gêneros e Sexualidades (LABTrans/UFRB/CNPq), coordenado pela Profa. Dra. Fran Demétrio, e o Rebento - Coletivo de Pesquisa e Extensão em Parto, Cultura e Sociedade (Rebento/UFRB/CNPq), sob coordenação da Profa. Dra. Ticiane Osvald Ramos. Não podemos deixar de mencionar os apoios cruciais da Direção e Gestão de extensão do CCS e da Reitoria da UFRB para a concretização desse Projeto.

temas que extrapolam os limites do território para alcance nacional, compreendendo temas como a imunização e o aleitamento materno. Desejamos à todas e todos uma profícua leitura desta coleção, e que a mesma possa inspirar novos frutos de raízes recôncavas.

Territorização da atenção primária à saúde: A experiência de um geógrafo na gestão do SUS

Ismael Mendes Andrade

Washington de Jesus Sant'Anna da Franca Rocha

Jeane Saskya Campos Tavares

A territorialização representa um importante instrumento de organização das práticas em saúde. Inserida nas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) por meio de território adstrito, permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações intersetoriais em consonância com o princípio da igualdade estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O termo “territorialidade” adotado neste capítulo tem o mesmo significado técnico utilizado no âmbito da gestão da saúde, definindo-se como territórios vivos com suas margens de responsabilização sanitária e com inclusão do apoio geográfico (PNAB, 2012). A territorialização pode ser entendida, portanto, como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de Atenção Primária à Saúde - APS (UNGLERT, 1995). Também pode ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de APS, sendo considerado o modelo mais adequado para a gestão e serviços de saúde.

Apesar de sua centralidade na organização da APS, poucos são os municípios brasileiros a exemplo de Campinas (SP) e Florianópolis (SC) organizados através de Distritos Sanitários, que realizaram territorialização e mapeamento na Atenção Primária à Saúde. A inexistência de planejamento territorial em saúde em inúmeros municípios pode dever-se: a) falta de mão de obra qualificada para a organização territorial; b) não envolvimento de geógrafos nas ações

realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde; c) inexistência de capacitação ou manual de orientação e d) desconhecimento ou não reconhecimento da necessidade de fazer ou desinteresse dos gestores.

Ao instituir uma prática geográfica, a política de territorialização na Atenção Primária à Saúde torna imprescindível a análise desta política no âmbito da Geografia. Desta forma, este relato pretende contribuir para o campo da saúde ao apresentar o Geógrafo, profissional capacitado para o estudo e organização do espaço geográfico, como relevante componente da discussão interdisciplinar acerca do planejamento e gestão do SUS e tem como objetivo descrever a experiência de territorialização de um município de médio porte da Região do Recôncavo da Bahia, analisando-o como um caso exemplar de adequação do território de saúde.

Atenção primária, território e saúde

A Atenção Primária à Saúde constitui-se pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e rege a Política Nacional da Atenção Básica que estabelece a revisão e diretrizes e normas para organização da APS para Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde e abrange um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes (PNAB, 2012, p. 19). Nesse nível de atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir a progressividade, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para a melhoria de vida dos usuários.

APS é intitulada a porta preferencial de acesso ao sistema de saúde, porque estabelece a base do primeiro vínculo com a população e possibilita uma relação mais proximal que os demais níveis de atenção. É desenvolvida por meio de exercício de práticas de cuidado e gestão sob forma de equipe e dirigidas a territórios definidos (PNAB, 2012). Nesse nível, são ofertados os serviços de promoção da saúde com orientação do médico da saúde da família, além do serviço de enfermagem. A Atenção Primária é um serviço organizado para as

peças e não para as doenças (OPAS, 2007). A APS é o contato preferencial das pessoas, é a principal conexão entre elas, a Rede de Atenção à Saúde, com base na universalidade e da acessibilidade ao vínculo da continuidade do cuidado.

Na Atenção Primária à Saúde, são fundamentais a descrição da clientela e a aceção das áreas de atuação dos seus serviços. Sem esses procedimentos suas ações não podem ser contínuas e agregadas, por isso, na década de 1990, início do processo de consolidação do SUS, foi proposta a criação de distritos sanitários em todo o país (MENDES, 1993) para organização dos serviços de saúde. Duas décadas depois, a PNAB registra entre seus fundamentos:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre com consonância com o princípio da equidade (PNAB, 2012, p. 20).

O termo “território” está associado a múltiplos significados e definições defendidas por diferentes autores da Geografia. Faria (2012), em sua revisão sobre este conceito, discute que Haesbaert (2004; 2007) apresenta diferentes concepções em dois grandes grupos de referenciais teóricos. O primeiro seria formado pelo binômio materialismo-idealismo, que se desdobra em duas outras perspectivas, sendo a primeira a parcial, à medida que elege ou privilegia uma única dimensão social na produção do território, como a economia, política ou cultura, e a segunda como integradora, envolvendo conjuntamente as dimensões acima citadas. O segundo grupo de referenciais seria formado pelo binômio espaço-tempo que também segue duas outras abordagens, sendo a primeira seu caráter absoluto ou relacional, físico-concreto ou social-histórico, e a segunda considera sua historicidade, se é um componente geral de qualquer sociedade ou se está circunscrito a determinado período (tempo).

Saquet (2007) cita quatro tendências de abordagens do território: primeira de modo eminente na economia, sob o materialismo histórico dialético, e assim o entende a partir das relações de produção e das forças produtivas; a segunda, pautada na dimensão geopolítica do território; a terceira, dando ênfase às dinâmicas política e cultural, simbólica-identitária, tratando de representações sociais centrada na fenomenologia; e a quarta, que ganha força a partir de 1990, voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local,

tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar.

Para Souza (2000), o território é como um espaço definido por e a partir de relações de poder. Raffestin (1993), por sua vez, trata o território como um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia ou informação que revela reações marcadas pelo poder. Já Steinberger (2006) reconhece a existência da relação espaço-território que não significa dizer simplesmente que território é espaço.

A discussão território *versus* espaço é complexa e foi uma das preocupações de um dos principais expoentes da Ciência Geográfica, o Professor Milton Santos. Este defendeu no ano 1978 em sua obra “A Natureza do Espaço” – que o território é um dos elementos de um Estado-Nação, e a sua utilização pelo povo cria espaço (SANTOS, 1978). No ano 1985 na obra, “Espaço e Método” afirma que o território é como frações que têm funções diversas e que sua funcionalidade depende de demandas com vários níveis, desde o local até o mundial (SANTOS, 1985). Assim, o autor caracteriza o território pela sua formação em espaço biológico e espaço antrópico, ou seja, transformado pela ação humana.

A abordagem territorial a partir de 1990 vem sendo debatida por inúmeros autores no contexto brasileiro, podendo ser computada várias propostas sobre a temática, que poderia enriquecer o trabalho ou deixá-lo sem uma delimitação conceitual no viés do território da saúde. Em estudo sobre territorialidade, pautados na saúde, o autor Mendes (1995, p.46) entende o território na perspectiva abordada por Milton Santos, mas que considerando em duas correntes de pensamento: a primeira apresenta uma concepção naturalizada do espaço físico que está dado e completo, envolvendo critérios geopolíticos que irão o denominar, ou seja, um território-solo assim batizado; a segunda concepção coerente para o entendimento do distrito sanitário é o espaço em constante construção, produto de uma demanda social e política. Nessa corrente, o território nunca está acabado, sempre em constante construção, envolve atores sociais, culturais, políticos e seu processo de saúde. Assim ela traz em suas colocações a linha da Geografia como base para a organização do espaço, sendo de grande importância no campo da territorialização em saúde.

No contexto do SUS, e influenciado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a territorialização afirma-se como política, porque é uma proposta de Estado para a organização desse nível de atenção em todo o país. Mas, é também uma técnica utilizada para se delimitar

áreas de atuação das unidades de Atenção Primária à Saúde no Brasil, notadamente as unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2007b).

O conceito de territorialização no campo da saúde proposto por autores como Grandó (2011) define como estratégia de análise sobre as condições de saúde, possibilita reconhecimento no espaço, da dinâmica social e das relações em sociedade. Pereira (2006) aborda o território como resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. Além destes autores, Faria (2012) define a territorialização como técnica, que “cria” territórios políticos para a saúde, e como inscrição espacial impõe os limites de abrangência para os serviços. O seu ponto de partida são os serviços e o número de habitantes, o reconhecimento dos usos do território, através dos quais são identificados os seus perfis territoriais.

Os documentos oficiais do Ministério de Saúde definem territorialização como:

A territorialização consiste no reconhecimento e na aproximação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidas pela população [...] (BRASIL, 2006c, p. 15).

Outra concepção de Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidade comum, sejam elas culturais, sociais ou outras (BRASIL, 2009). Sobre esse aspecto Faria (2012, p. 35) ressalta que:

Tais áreas comportam limites, impõe barreiras e também se expressam a partir de relações de poder. Mas, são relações de poder mão única, promovidas pelo aparelho de Estado. Nesse sentido, a territorialização pode também ser entendida como uma prática ou estratégia utilizada para a criação de territórios político-administrativos da saúde no interior do território urbano. E isso pode ou não significar um problema. Depende dos modos como são criados esses territórios. Daí a importância da análise teórica e prática desse processo.

Faria (2012), no estudo sobre a territorialização na saúde, fala da dificuldade de encontrar referências bibliográficas que permitam aprofundar o debate sobre a gestão territorial da saúde. O mesmo autor destaca que embora exista documentação oficial como planos e programas governamentais, são documentos resumidos e com pouco domínio da análise geográfica. Esta

dificuldade se confirmou na realização do processo relatado neste artigo o que implicou na necessidade de utilizar múltiplas estratégias e criatividade ao longo da elaboração da proposta de territorialização.

Todo o processo baseou-se nas discussões teóricas de Milton Santos, pelo reconhecimento de que os estudos do autor sobre o território são essenciais para discutir a territorialização em saúde. Santos (1996, p. 15) afirma que “[...] é o uso do território, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social”. Portanto, está implícita em sua abordagem a relação entre território (apropriado, efetivamente usado) e espaço geográfico, embora estejam ontologicamente separados (SAQUET, 2009).

Estratégias para elaboração da proposta

A elaboração da proposta de territorialização ocorreu em duas fases. Inicialmente realizou-se uma pesquisa documental a) em documentos nacionais e municipais referentes à legislação, portarias e resoluções sobre o SUS/ APS e sua análise a partir da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), e b) levantamento de base cartográfica dos setores censitários do município em questão. Posteriormente, realizou-se construção de banco de dados composto por informações sobre georreferenciamento das Unidades de Saúde, com o auxílio do GPS (global position system) de navegação, modelo Etrex 12 Channel, e aplicação de questionário. Este instrumento permitiu obter informações sobre número de famílias, número de pessoas, eixo de logradouro, áreas de atuação (microárea) dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e foi respondido por todos os ACS das áreas cobertas pelas Unidades de Saúde do município (ano de referência 2013).

O processamento das informações foi realizado com planilha de ponto de georreferenciamento em formato de arquivo dbf sendo exportado para o programa TerraView 4.2.2 para elaboração do mapa temático de localizações das Unidades de Saúde da Família. Os dados dos formulários foram digitados em planilhas e divididos por distritos sanitários e unidades de saúde, para serem avaliadas.

A base cartografia dos setores censitários (IBGE, 2010) da área de estudo foi utilizada para o mapeamento das variáveis relacionadas com a saúde, para tanto foi adaptada, e aglomerada

no *software* ArcGIS (ArcMap 10), conforme área das Unidades de Saúde da Família, depois foi exportada em formato *shp* (Shapefile) para o TerraView 4.2.2. As informações referentes aos eixos de logradouro e as ortofotos possibilitaram o reconhecimento dos limites de cada área, e assim identificando as divisões territoriais dos limites das áreas e microáreas de atuação dos ACS. Também inserida a informação referente ao georreferenciamento das USF para a centralidade nas áreas de atuação das equipes (Unidade de Saúde).

Como resultado, após 12 meses de coleta de informações e sua análise, foram gerados mapas temáticos das áreas de atuação das equipes de Saúde da Família e também mapas, permitindo análise e avaliação para possíveis propostas de adequação na Atenção Primária à Saúde no município em estudo. Estes mapas são particularmente importantes, pois embora seja de médio porte e central para toda a região, não existia mapeamento do município ou qualquer proposta anterior de territorialização, conforme apurado na pesquisa documental.

Importante ressaltar que a possibilidade de trabalhar diretamente com ACS, ter acesso aos documentos e às informações específicas deveu-se ao fato do autor principal deste artigo ser geógrafo, Bacharel em saúde e ocupar, na época (2013 a 2015), o cargo de coordenador da Atenção Básica do município. Outro aspecto relevante nesta experiência é que a iniciativa e a defesa da territorialização deste município partiu deste mesmo ator, que, tendo formação interdisciplinar, reconheceu deste o início do seu trabalho como gestor a necessidade de efetivação deste processo para organização da APS.

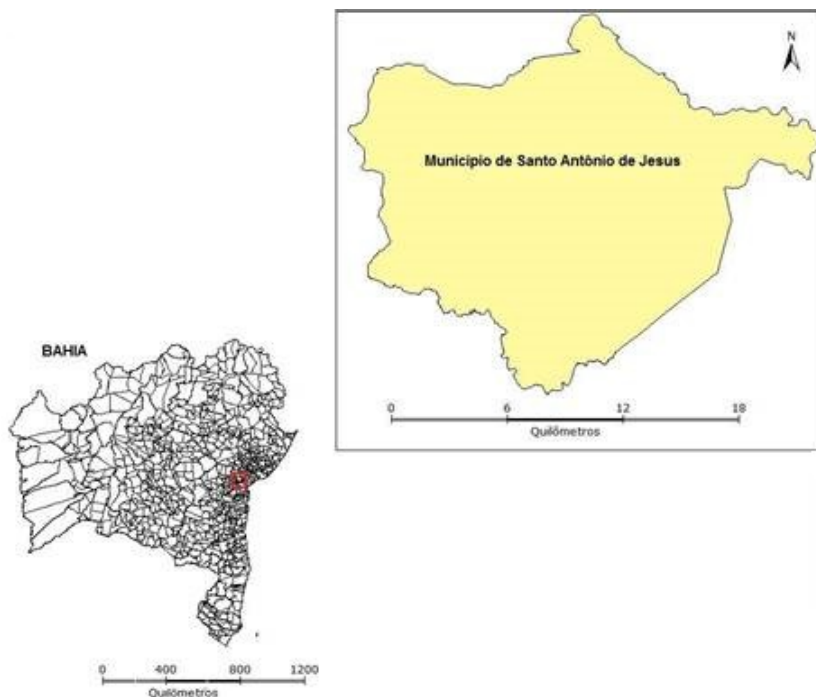
Proposta de territorialização

O município de Santo Antônio de Jesus

O município de Santo Antônio de Jesus (Figura 1) foi emancipado no dia 29 de maio de 1880, está situado no Recôncavo Sul da Bahia, à margem da BR - 101, com distância da capital de 187 km por via terrestre; tem uma extensão territorial de 268,763 km^2 e população estimada de 102.469 habitantes (IBGE, 2016). A pirâmide etária do município é destaque na expectativa de vida entre as faixas etárias de 25 a 29 anos; 20 a 24 anos, e 35 a 39 anos, respectivamente. Tem uma redução de crescimento na faixa etária de 0 a 4 anos, equiparado ao crescimento populacional do Brasil (IBGE, 2016). O Produto Interno Bruto (PIB) tem maior percentagem no

comércio e serviço (73%), seguindo na Indústria (21%) e agricultura e agronegócio (6%).

Figura 1: Localização do município de Santo Antônio de Jesus no Estado da Bahia.



Fonte: Base cartográfica do IBGE (2010). Elaborado pelo Andrade, I.M. (2015).

O município tem importante papel na região do Recôncavo, destacando-se no comércio, na saúde e na educação. Em relação à saúde, o município conta com vários estabelecimentos de serviços públicos e privados. A rede de serviços municipal de saúde de Santo Antônio de Jesus está composta por instituições com vínculo de várias naturezas: públicas, filantrópicas e privadas (Tabela 1). Essa rede atende as necessidades de toda a população do SUS nos três níveis da hierarquização (Atenção Primária, Secundária e Terciária).

Tabela 1: Número de estabelecimentos de saúde por tipo de prestador

Tipo de estabelecimento	Público	Privado	Filantropico	Total
Centro de Saúde/Unidade de Saúde da Família	23	-	-	23
Policlínica	01	-	-	01
Hospital geral	01	03	01	5
Consultório isolado	-	36	-	36
Clínica/Centro de especialidade	3	23	-	26
Unidade de apoio diagnóstico e terapia	01	05	-	06
Unidade móvel terrestre	01	02	-	03
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	-	03	-	03
Hospital /dia - isolado	-	02	-	02
Centro de Atenção Psicossocial	02	-	-	02
Central de regulação médica das urgências	01	-	-	01

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2013. Elaborado pelos autores.

Os convênios que a Secretaria Municipal de Saúde estabelece com as clínicas e hospitais de rede privada permitem oferecer gratuitamente atendimento à população nos níveis da atenção secundária e terciária, mas alguns destes serviços não são encontrados em Santo Antônio de Jesus, em específico ao nível terciário; neste caso, o convenio é feito nas clínicas e hospitais privados da capital do Estado (Salvador), a exemplo do serviço de quimioterapia e radioterapia para pacientes com câncer.

Os serviços de saúde oferecidos na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio de Jesus seguem os princípios básicos da Política Nacional de Atenção Básica como a integralidade, coordenação, continuidade das ações e primeiro contato com o sistema de saúde. Quando os serviços, no nível da APS, são insuficientes para os usuários, eles são referenciados para a Central de Regulação, onde serão encaminhados para a Atenção Secundária e Terciária, ou seja, para a rede de serviços especializados do município e/ou capital.

Na organização dos serviços de saúde do município, foram criados distritos sanitários, uma estratégia de reorientação da organização dos serviços adotada pela gestão municipal. Essa organização foi realizada com base na densidade populacional e números de unidades de

saúde. Modelo similar ao nosso, é adotado em Salvador, que é dividida territorialmente em doze distritos sanitários com objetivo de qualificar o acesso e eficiência no atendimento do SUS.

O surgimento dos distritos sanitários na Bahia ocorreu após a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em todos os estados da Federação, mais precisamente em 1987. A Bahia foi o primeiro estado a assinar o convênio SUDS, além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da infraestrutura da rede pública de serviços e incorporou como estratégia de reorganização dos serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS) (TEIXEIRA *et al.*, 1993).

O município de Santo Antônio de Jesus na organização de serviço da Atenção Básica em 2013, estava dividido em quatro distritos sanitários. Sendo estes divididos em áreas territoriais, ou seja, Unidades de Saúde da Família (USF), abrangendo no total de 21 equipes e uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A UBS é uma unidade mais ampla de serviços em relação às Unidades de Saúde da Família (USF), pois oferecem algumas especialidades médicas como: pediatria, obstetrícia e ginecologia. É composta, também, por uma equipe de PACS (programa de agentes comunitários de saúde) que pode ultrapassar o limite proposto por uma equipe da USF, no máximo de doze agentes comunitários de saúde (ACS). O PACS atualmente tem vinte e um ACS para atender à demanda populacional do centro urbano de Santo Antônio de Jesus.

O Departamento da Atenção Básica possui um diretor e quatro sub gerencia técnicos de Distritos Sanitários. Cada Distrito Sanitário tem seu coordenador técnico com função de supervisor e apoiador.

No município de Santo Antônio de Jesus, há uma divisão territorial em quatro unidades de planejamento, ou seja, quatro distritos sanitários, conforme a Figura 2. Contudo, é importante ressaltar que os mapas temáticos dos distritos nunca existiram no município, sendo esta uma necessidade de construção para análise neste trabalho. O primeiro passo na organização do território é a averiguação das políticas de saúde para o mesmo, pois será o norteador para uma adequação do planejamento territorial.

Figura 2: Município de Santo Antônio de Jesus com divisão dos distritos sanitários sem adequação.



Fonte: Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, 2010. Elaborado pelo Andrade, I.M. (2015)

Proposta de adequação

Para esta proposta, foram considerados os critérios de acessibilidade, vulnerabilidade e abrangência geográfica, estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Resolução 2.355 do Ministério da Saúde. De acordo com a PNAB (2012), cabe ao município elaborar a proposta de implantação e expansão das Estratégias de Saúde da Família no seu território. Essa proposta se materializa em documento produzido pelos gestores locais e nele deve constar, entre outros elementos, o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento (planejamento territorial) das áreas e microáreas” (BRASIL, 2007).

A proposta de territorialização em saúde deve ser processual, sendo sua modelagem influenciada pela dinâmica da sociedade em relação às barreiras geográficas, culturais, funcionais e econômicas. Com relação às barreiras geográficas, podemos citar a dificuldade para atravessar um rio, ou uma BR, até mesmo a passagem de um morro. Em relação à barreira funcional identificamos casas de usuários distantes da unidade de saúde e falta de transporte público para locomoção. Com relação às barreiras econômicas, identificou-se as precárias condições de vida presentes em áreas carentes ou marginalizadas.

Para Faria (2012), a proposta de se definir áreas de atuação dos serviços de Atenção

Primária impõe uma intervenção prática e como tal deve estar sujeito à avaliação e reformulação, sempre que necessário. Um dos grandes riscos em qualquer proposta de planejamento e gestão do território é pensá-lo apenas como forma, como matéria, esquecendo-se o conteúdo social que lhe dá vida, tornando sem vida e representações.

Qualquer proposta de adequação do território tecnicamente planejado e suas intervenções na realidade estará sempre sujeito a certas imperfeições. Sobre esse aspecto Faria (2012, p. 170) afirma que

[...] no estabelecimento de limites de atuação das unidades de atenção primária à saúde isso é ainda mais delicado, dado o fato de se estar lidando diretamente com a vida das pessoas. Evidentemente, todo limite integra, mas também divide, condiciona e, em alguns casos, exclui. O território pode gerar tanto o acesso, quanto o seu contrário.

Na proposta de adequação para o Distrito Sanitário I, (Figura 3), foi enquadrado como predominantemente de área rural, pois entendemos que existe diferenças na acessibilidade, vulnerabilidade e barreiras geográficas distintas em relação a área urbano. Da mesma forma, propomos a retirada da USF Gerado Pessoa Sales do DS I, pois não apresenta características de área rural. Sugerimos ampliação na área da USF Cocão, redistribuindo a área rural que estava na UBS Centrosaj do Distrito Sanitário II. Também reorganizamos os demais territórios como as USF's Boa Vista, Esperança e Alto do Morro que tinham microáreas mais próximas de unidades distintas. Ratificamos que essa proposta só poderá ser efetivamente colocada em prática depois da efetivação de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio de concurso público, pois em específico a área rural necessita de ACS pela existência de nova microárea.

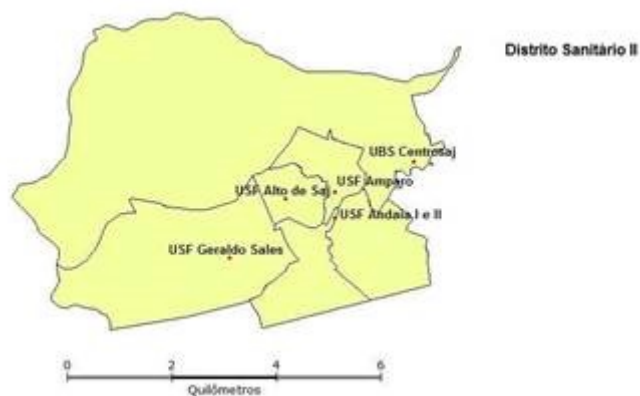
Figura 3: Proposta de adequação do Distrito Sanitário I.



Fonte: Base cartográfica do IBGE (2010). Elaborado pelo Andrade, I.M. (2015)

No Distrito Sanitário II (Figura 4) foi realizada a inclusão da USF Geraldo Pessoas Sales, sendo também ampliada territorialmente pela expansão urbana na localidade. É importante destacar que a ocupação do solo da área da USF Geraldo Sales se fez em sua maior parte de forma irregular, um espaço marcado pela deficiência e pela carência social. Na UBS Centrosaj, houve remoção da área rural conforme mostrava o mapa anterior, pela necessidade de apresentar distintas características do espaço urbano. Faria (2008) destaca que o diagnóstico territorial urbano permite evidenciar áreas de usos diferenciados onde a vida se desenvolve e a saúde pode ser pensada. Ao definir a territorialização de uma área, a saúde pública pode adequar suas ações para que sejam condizentes à realidade local. Portanto é essencial buscar o perfil do território de usos diferentes, principalmente considerando características rurais e urbanas que apresentem distintas necessidades.

Figura 4: Proposta de adequação do Distrito Sanitário II.

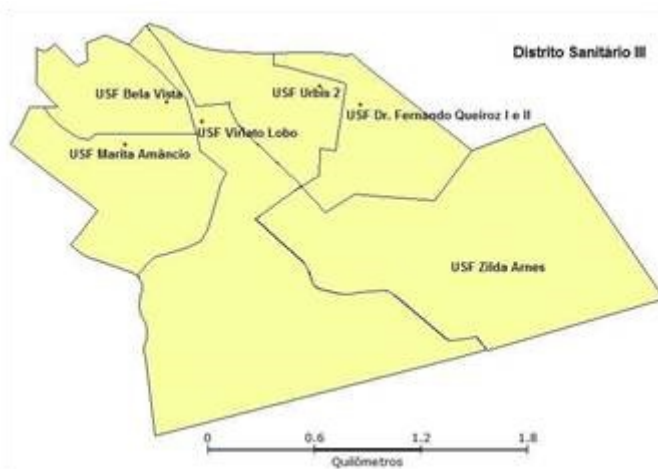


Fonte: Base cartográfica do IBGE (2010). Elaborado pelo Andrade, I.M. (2015).

O Distrito Sanitário III (Figura 5) é a área de mais necessita de mudanças, ou seja, proposta de adequação. Primeiramente houve o remanejamento da área da USF Calabar/Urbis 1 para o Distrito Sanitário IV; também ocorreu a divisão de uma pequena área da USF Dr. Fernando Queiroz I e II, para complementar o território-área da USF Zilda Arns, além da ampliação da área das USF's Urbis II, Viriato Lobo, Bela Vista e Marita Amâncio.

Planejar e programar um território específico exige um conhecimento das formas de organizações e de atuação dos órgãos governamentais e sociais para se ter clareza do que é necessário ser feito. É importante o diálogo com todos os envolvidos como representantes de governo e das comunidades e usuários, na busca de desenvolver ações efetivas (BRASIL, 2008) a exemplo do planejamento territorial.

Figura 5: Proposta de adequação do Distrito Sanitário III.

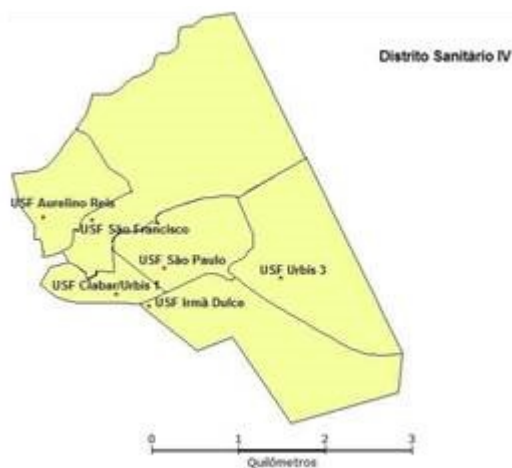


Fonte: Base cartográfica do IBGE (2010). Elaborado pelo Andrade, I.M. (2015)

Na proposta de adequação do Distrito Sanitário IV (Figura 6), fez-se a inclusão da área territorial da USF Calbar/Urbis 1 pela necessidade da organização gerencial. Visualizando a figura 16, percebe-se que houve ampliação nos territórios da USF's São Francisco, Irmã Dulce, Aurelino Reis e São Paulo, além da diminuição da área da Urbis 3 que concentra uma área com maior densidade populacional. Essas mudanças da área das Unidades de Saúde do município têm contribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, com uma visão profissional, e de usuários por pertencerem à comunidade em que os ACS atuam. Foram feitas também proposta de mudança nas visitas às localidades com mais dificuldades para acessibilidade dos usuários.

Este trabalho pode ser complexo na sua efetivação da territorialização, pois existem várias sugestões para ordenar o espaço da área das unidades de saúde, como ouvir os usuários em relação a sua acessibilidade para sugerir novas intervenções. Propomos aqui uma organização através de estudo da dinâmica espacial e da gestão na saúde, portanto, uma prática simplificada do manejo territorial dos problemas e dos serviços de saúde.

Figura 6: Proposta de adequação do Distrito Sanitário IV.



Fonte: Base cartográfica do IBGE (2010). Elaborado pelo Andrade, I.M. (2015).

A proposta de adequação aqui apresentada focou na problemática geográfica da delimitação dos territórios e seus limites de atuação e gestão dos Distritos Sanitários e Unidades de Saúde da Família (ou Equipe de Saúde da Família). Colocando os problemas teóricos e práticos da territorialização, buscando traçar caminhos diferentes em relação aos serviços da APS.

Com relação à construção dos mapas, houve dificuldade na delimitação das áreas, como: dificuldade de identificação das áreas urbanas e rurais e suas subdivisões conforme atuação dos ACS; dificuldades de encontrar os endereços conforme cadastro dos Correios; e divisões de microáreas desordenadas e microáreas sem acompanhamento de ACS.

A avaliação relativa ao funcionamento dos Distritos Sanitários mostrou fragilidades em vários pontos do planejamento territorial em saúde, conforme citado anteriormente. Os mapas temáticos elaborados com a coleta de dados e a análise da base cartográfica do município revelam de como é realizado os serviços e como é necessário organizá-los. A organização dos distritos foi norteadada pela Política de Atenção Básica e pela resolução nº 2.355 do Ministério da Saúde.

Esta proposta foi colocada em pauta de reunião do Conselho Municipal de Saúde e nesta ocasião foi apresentado pelo autor principal um novo modelo de mapeamento e dos limites territoriais das Equipes de Saúde da Família. Procurou-se esclarecer que os limites até então adotados e estabelecidos sem análise técnica, não respondiam às necessidades de urgências e emergência dos usuários em saúde e para o atendimento organizado nas unidades de saúde. A proposta apresentada foi aprovada em reunião do Conselho e pela Gestão Municipal de Saúde. Sendo que foi elaborada uma resolução municipal (nº 307 de 1 de julho de 2016).

A resolução nº 307 da Secretaria Municipal de Saúde foi colocada em prática em agosto de 2016, levando em consideração a proposta de adequação colocada pelo Geógrafo.

Conclusões

A territorialização embora seja uma técnica de organização, sempre apresenta um cunho político como ocorre nos planejamentos dos serviços de saúde. Em que pese existirem consignações dadas pelas duas esferas de governo, Federal e Estadual, para a territorialização em saúde, o município tem autonomia para lapidar os desenhos territoriais, prevalecendo as características próprias do território e de sua população.

A territorialização da saúde é aqui colocada com um modo de conhecer o território e intervir sobre ele, de forma ordenada, planejada, podendo ser executada para favorecer a população e para a gestão dos serviços. Entretanto, a territorialização neste trabalho foi avaliada somente

na Atenção Primária à Saúde, de uma demanda organizada e de um território adstrito.

A contribuição da gestão municipal neste momento é indispensável para melhoria e continuidade do serviço. Para isso, planejar o território necessita também de mão de obra qualificada, ou seja, de quadro efetivo para profissionais de nível superior e de nível médio, tantos os envolvidos nas equipes, como os profissionais da gestão em Atenção Primária à Saúde. Reforçamos ainda que é indispensável o Geógrafo na territorialização em saúde.

Por fim, ressalta-se que o processo de territorialização em saúde não é fácil e nem rápido, exige tempo e planejamento para sua efetivação. Sendo que a gestão em saúde do município de Santo Antônio de Jesus (2013 a 2016), complementou o planejamento territorial na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde.

Referências

ALYRIO, R.D. **Metodologia Científica**. Rio de Janeiro: PPGEN/UFRRJ. 2008.

ANDRADE, I. M. **Territorialização da Atenção Primária à Saúde: avaliação e perspectivas no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia**. 2015. 71f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial – Departamento de Ciências Humanas, Universidade de Feira de Santana, Feira de Santana.

ANDRADE, M.M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**. 4 ed. São Paulo: Atlas. 2001, p. 118.

BAHIA. Governo do Estado da; Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 275/2012, 19 de junho de 2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. **Diário Oficial do Estado**. Poder Executivo, Salvador: Governo do Estado da Bahia, 19 jun. 2012. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 114. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acessado em:

28 out. 2013.

_____._____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, p. 44.

_____._____. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p.480.

_____. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: **Revista dos Tribunais**. 1989.

CARVALHO, G. & MEDEIROS, J. Redes assistenciais no SUS – financiamento e alocações. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013, p.118 - 158.

FARIA, R.M. **A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**: Perspectiva de Adequação aos Perfis do Território Urbano de Pouso Alegre - MG. 2012. 337 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GRANDO, S.H. **A Territorialização em Saúde como instrumento para a vigilância em saúde na comunidade Vila do Arvoredo**. 2011. 174 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental) – Centro de Ciências Humanas e Educação, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

HAESBAERT, C.R. Desterritorialização, multiterritorialidade e regionalização. In: LIMONAD, E. (Org.). **Brasil Século XXI - Por uma nova regionalização?** São Paulo: Max Limonad, 2004. 1, p. 13 – 26.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 09 out. 2013.

MENDES, V.E. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco, 3ª edição.1995. p. 311

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva. Aces-

sado em: 10 de outubro de 2010.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Renovação da atenção primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da organização Pan americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Washington, p.29, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americanas.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2013.

PAIM, J.S & ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p.720.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologias utilizadas na vigilância sanitária**. São Paulo: SESP, 2007. p.33. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2014.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993, p. 269.

SANTO ANTONIO DE JESUS, Prefeitura Municipal de; Lei nº 1.120, de 12 setembro de 2011. Altera a Lei nº 1.112 de 30 de junho de 2011 e dá outras providências. Diário Oficial do Município. Santo Antônio de Jesus: Poder Executivo, 12 set. 2011. Disponível em: <<http://www.santoantoniojesus.ba.io.org/diarioOficial>> . Acesso em: 4 jan. 2014.

SANTOS, M. **Espaço e Método**, Coleção “Espaços”. São Paulo: Nobel, 1985. p.88. ISBN 85: 213-294-0 911.5

_____. **A natureza do espaço** – Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 260. ISBN 85-314-0713-3.

_____. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Hucitec, 2002, p.285.

_____. **Da Totalidade do Lugar**. São Paulo: Edusp, 2005.

SAQUET, M. A. Abordagens e Concepções de Território. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SOUZA, M.L. O território: sobre o espaço e o poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. N. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2000. 3, p. 77 – 116.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STEINBERGER, M. **Território, ambiente e políticas públicas espaciais**. Brasília: Paralelo 15 e LGE Editora, 2006, p.408.

TEXEIRA, C.F. & MELO, C. **Construindo Distritos Sanitários**. A experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec, 1995, p. 108.

UNGLERT, C. V. S. **Territorialização em saúde**: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo: Tese de livre docência, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1995. p. 221.

O Conselho Municipal de Saúde na ótica dos usuários e usuárias da rede de atenção a saúde

Eduardo Rafael Silva de Freitas

Ismael Mendes Andrade

Rosa Cândida Cordeiro

Os movimentos sociais em busca de garantias de acesso aos serviços de saúde no Brasil fazem parte da história de lutas por direitos sociais, que em meados dos anos 80, após a VIII Conferência Nacional de Saúde chegaram a tão almejada reforma sanitária e a instituição da lei nº 8.080 de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim o país passou a ter um dos sistemas de saúde mais completos do mundo. Para isso, este passou por alguns ajustes, como o descrito na lei nº 8.142 de 1991, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio do controle social e também sobre os repasses financeiros entre os níveis de governo. Além disso, esta lei cria os Conselhos de Saúde.

A partir da criação dos Conselhos de Saúde, estes precisavam estabelecer normas e regulamentos para a sua implementação e adequação. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde instituiu Resoluções, destacando-se entre elas a nº 333 de 2003 que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Posteriormente, em 2012, a Resolução nº 453 de 2012 surge para substituir a Resolução nº 333 de 2003, englobando algumas mudanças, principalmente no que se refere a participação da sociedade.

A participação social é um direito constitucional do povo brasileiro, sendo esta atualizada por meio do Decreto nº 8.243 de 2014 que institui a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social, com o intuito de fortalecer os mecanismos de controle social, as formas de diálogo, o envolvimento mútuo da sociedade civil e a administração pública.

Nesse contexto, os conselhos municipais são considerados ferramentas que permitem com maior frequência o diálogo entre o povo e os setores de gestão. Segundo a Controladoria Geral da União (2012), existem conselhos municipais direcionados para diversos âmbitos da sociedade como o Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal de Educação, Conselho Municipal de Alimentação Escolar, Conselho Municipal de Saúde, entre outros.

Além desses, existem conselhos de unidades de serviço, como por exemplo, o conselho local de saúde. Outros mecanismos de participação social no Sistema Único de Saúde são as conferências municipais de saúde, a ouvidoria do SUS, as audiências públicas e formulação do orçamento participativo que também tem como característica a escuta dos anseios da sociedade.

Este órgão (Conselho) possui uma representatividade na esfera municipal, o que diz respeito à formação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) que segundo a resolução nº 333 de 2003 serão criados a partir de lei municipal, sendo o órgão responsável pela captação das demandas levantadas pela comunidade, estas de forma mais fidedigna, já que os seus integrantes estão inseridos na realidade do município e assim tem maior propriedade para discutir e estabelecer propostas de resolução para os problemas apresentados. Além de fiscalizar os gastos municipais com a saúde a cada três meses, avaliar o plano municipal de saúde e o relatório de gestão aprovando os mesmos, se estiverem dentro da normalidade, realizar reuniões abertas ao menos uma vez ao mês e fazer divulgação das suas ações baseadas em um regimento próprio.

O presente estudo ocorreu no município de Santo Antônio de Jesus (SAJ) que foi emancipado no dia 29 de maio de 1880, está localizado no Recôncavo Baiano (Figura 1), à margem da BR - 101, com distância da capital de 187 km por via terrestre e uma população de 102.469 habitantes (IBGE, 2016).

O Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (CMS/SAJ) foi implantado a partir da Lei Municipal nº 394/91 que entrou em vigor no dia 25 de abril de 1991 e foi sancionada

pelo então prefeito Humberto Soares Leite, esta dispõe sobre a criação do CMS/SAJ e dá outras providências. A Lei do CMS/SAJ é constituída por 11 (onze) artigos que estabelecem as funções, composições de membros, frequência das reuniões, participação da sociedade, dentre outros.

Assim, este estudo tem como objetivo geral: analisar o conhecimento dos usuários da Rede de Atenção à Saúde sobre o CMS/SAJ. Quanto aos objetivos específicos: levantar e discutir o conhecimento da população sobre o CMS e os fatores que determinam e/ou interferem em sua participação no Conselho.

A pesquisa foi realizada com 28 pessoas usuárias dos serviços de saúde do município de Santo Antônio de Jesus, atendendo as exigências éticas da Resolução nº 466/12. O instrumento eleito para a coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada do banco de dados PET SF/REDES. As entrevistas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador. Deste modo, este estudo é definido como parte do projeto guarda-chuva do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, Saúde da Família/ Redes de Atenção à Saúde (PET-SF/REDES) vinculado ao subprojeto “Estruturação e Operacionalização da RAS em um município da Bahia”.

Por meio da análise de conteúdo, foi possível organizar os discursos coletados, assim os resultados obtidos por esta análise virão a seguir.

Desconhecimento da população sobre a existência do CMS

O resultado da pesquisa evidenciou que 71,4% dos entrevistados não sabem da existência e conseqüentemente da localização do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (CMS/SAJ) e ainda 7,14% apenas sabem da sua existência, mas não conhecem a localização. Em contrapartida, 21,42% dos participantes relatam ter conhecimento da existência e localização do CMS.

Os dados apresentados permitiram observar que grande parte da população entrevistada desconhece o CMS, sendo de fundamental importância para participação da comunidade na luta do direito à saúde, uma vez que, se constitui de um mecanismo de acesso às informações para realização do controle social e proposição de sugestões e intervenções no contexto da

saúde populacional local. Sendo necessário uma intervenção na educação em saúde sobre a importância do CMS na Rede de Atenção à Saúde.

Tais informações não diferem dos demais estudos realizados sobre esta temática, como podemos observar na pesquisa de Martins et al., (2013) apontando que dentre 120 usuários que participaram da pesquisa, 79 (65,8%) desconheciam a existência dos Conselhos de Saúde. Dentre os 41 que já tinham ouvido falar, 26 responderam que não sabiam do que se tratava e 5 entendiam o conselho como um espaço de aconselhamento da população sobre os cuidados à saúde. O que permite verificar uma quantidade significativa da população que desconhece uma das formas de participação popular no que tange a saúde da comunidade.

Nesse sentido, o estudo realizado por Kawashima et al., (2007) ratifica tais dados, revelando que apenas 72 informantes (24,66%) da população estudada sabem da existência do Conselho Municipal de Saúde e destes apenas 8 (11,11%) referem participar do Conselho, 209 (71,57%) responderam não saber e 11 (3,77%) não responderam. As realidades descritas representam a situação brasileira de desconhecimento populacional quanto os seus direitos e deveres referentes ao controle social, o que reflete a necessidade de investimentos em ações de divulgação das formas de participação popular, inovando quanto as estratégias desenvolvidas.

Assim, a ausência de informações referente à existência do CMS, gera uma preocupação quanto a representatividade dos interesses dos usuários dos serviços de saúde, já que é preciso estar empoderado para reivindicar e propor mudanças na conjuntura atual. Logo, a orientação nos serviços de saúde deve ser frequente, não necessitando de um profissional específico para realizar tal orientação, sendo de competência de todos os profissionais de saúde a informação fornecida e divulgação dos meios de participação da comunidade.

Dessa forma, estratégias como ações educativas, exposição de informações no mural dos serviços de saúde e a própria troca de conhecimentos realizada durante a prestação da assistência são estratégias de alcance das informações do Conselho Municipal de Saúde.

Outra medida muito utilizada para o fortalecimento da divulgação do CMS é a implementação do Conselho Local de Saúde, sendo esta ferramenta uma forma de aproximação desse processo participativo para a realidade da população, envolvendo pessoas que são referências para comunidade, o que aumenta a segurança dos usuários quanto ao respaldo e seriedade do conselho nos objetivos almejados.

Portanto, segundo Silva et al., (2012), pode-se evidenciar que no âmbito local, o Conselho é uma instância importante no que se refere a expressão das opiniões acerca das ações em saúde, descentralizando as ações quanto a aspectos da organização do serviço, obtendo um retorno do seu trabalho e exercendo sua participação social conforme o que é preconizado pela lei nº 8.080/90.

Nesse contexto, o fato de envolver pessoas da comunidade também traz facilidades no que se refere a divulgação da existência desse meio representativo, já que a propaganda de pessoa a pessoa é muito eficaz na disseminação de informações quando refere-se a uma pequeno grupo de pessoas que se conhecem, como é o caso de uma área de abrangência de uma unidade de saúde. Sendo assim, é fundamental o reforço e parceria dos serviços de saúde nesse contexto, em especial a USF que desempenha com os usuários uma relação de proximidade e confiança, estando fortalecida pela participação de profissionais de saúde atuantes nessa realidade.

Conhecimento sobre o funcionamento do CMS

O Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) depende diretamente da educação continuada como forma de atualização, divulgação e capacitação dos cidadãos. Fazendo com que os cidadãos façam jus do direito de conhecer, cobrar e propor ideias, tornando o Conselho Municipal de Saúde (CMS) cada vez mais forte, ultrapassando seus limites de atuação buscando sempre o surgimento e o aperfeiçoamento de políticas de saúde cada vez mais amplas (BRASIL, 2006).

Este estudo possibilitou a avaliação exploratória das formas de dispersão das informações referentes ao controle social, em especial o funcionamento do CMS. Dessa forma, no que se refere ao conhecimento sobre o funcionamento do CMS e conseqüentemente quanto as informações acerca das reuniões realizadas, 28,5% dos informantes estão a par desses informes. Os mesmos relatam terem adquirido essas informações através de diversos meios, tais como: internet, folhetos impressos, familiares, profissionais e serviços de saúde.

O resultado pode ser evidenciado nas diversas falas a seguir, após serem questionados se são informados sobre as reuniões do CMS e de que forma:

“É intermédio do médico que informa a gente” (E5)

“Eu tive lá na secretaria de saúde aí me deram a data e a hora que ia ter lá na essa reunião do conselho de saúde lá na câmara de vereador” (E6)

“Já vi, e sempre tá lá na internet e sempre minha irmã que trabalha no Detran, ela sempre avisa a gente, agora assim, faltou um pouco mais de informação porque essas reuniões são super importantes, se não tivesse essas reuniões o município tinha falido” (E10)

“às vezes sim, às vezes quando a gente vai sempre tem uma placa que eles botam, um “panfletozinho” indicando e informando”(E15)

“Às vezes quando tem às vezes a ACS me avisa” (E24)

Contudo, pode-se perceber que as formas de divulgação das reuniões assim como das demais atividades do CMS ainda são insuficientes para atingir a maioria da população, tornando necessário o fortalecimento das estratégias já utilizadas e também a formulação de novas, sendo assim mais efetiva a disseminação da programação das atividades do CMS, de forma que atraiam um número cada vez maior de usuários para participar das reuniões. Como determinado na Resolução nº 333/03 que apresenta entre as funções do CMS:

Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Martins et al., (2013), em que se pode afirmar que os meios de divulgação realizados nessa realidade também não abrangem de maneira satisfatória grande parte da população. Entretanto, observou-se que os usuários entrevistados desconheciam o funcionamento do Conselho de Saúde. Apenas três responderam corretamente e somente um sabia da frequência das reuniões e conhecia a sua composição.

De tal modo, o desafio de tornar o CMS mais popular faz com que os seus membros tenham que estar sempre atentos e dispostos a inovar nas estratégias visando sempre que os informes cheguem cada vez a um número maior de usuários. Como foi possível perceber, a internet é uma das formas de divulgação das atividades do CMS, porém ela pode ser ainda melhor explorada, através do cadastro dos usuários para o envio de notícias e informes do conselho por meio de redes sociais, disposição de um site do conselho municipal com interface interativa e de fácil manuseio, a fim de estimular o uso desses materiais de divulgação.

Dessa forma, fortalece-se essa divulgação através dos meios de comunicação mais utilizados. Portanto, é fato que nos dias de hoje grande parte da população possui dispositivos móveis com acesso rápido à internet sendo a informação transmitida em questões de segundos ou minutos por meio das redes sociais, sendo assim, não é necessário dispor de um tempo exclusivo, ou muitas vezes parar as atividades para receber ou transmitir um comunicado ou uma notícia, tornando sua disseminação muito mais rápida e eficaz.

Outra forma citada pelos entrevistados foi por meio dos profissionais de saúde. Devido à proximidade destes profissionais com os usuários do SUS, esta forma de divulgação pode ser realizada de maneira simples e direta, podendo ser feita por meio de orientações durante o próprio atendimento, esclarecendo dúvidas e informando sobre os direitos e deveres inerentes ao cidadão para o controle social. Sendo realizado de maneira sucinta, mais abrindo espaço no serviço de saúde, quando necessário, para momentos de maior aprofundamento do tema como reuniões com a contribuição de Conselheiros de Saúde.

As ações educativas constituem outro mecanismo de divulgação dessas informações do CMS, uma vez que abrangem os usuários que se encontram, por exemplo, em salas de espera, aguardando atendimento e em contrapartida recebendo orientações nesse sentido. É possível contar com o auxílio de estudantes acadêmicos da área de saúde, quando estes realizam ações de intervenções nos serviços de saúde como parte integrante da formação profissional.

Com isso, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial o CMS e as USF, em parceria com as instituições de ensino superior presente no município ou região podem ser ferramentas de extrema valia, tanto no que se refere a resultados de curto e longo prazo. Assim, podem ser discutidos, nesse cenário, textos, cartilhas, artigos relevantes ao tema que ampliem o olhar dos futuros profissionais de saúde, melhorando suas contribuições aos usuários tanto como estudantes quanto profissionais.

Além dos aspectos positivos dessa interação, há uma contribuição muito importante, uma vez que a formação acadêmica voltada para o SUS e com aspectos que estimulem a participação social, pode refletir em profissionais de saúde mais conscientizados no seu papel social e que estejam mais dispostos e comprometidos a participar de formas de Controle Social, como o Conselho Municipal, e aplicar de maneira mais natural esse incentivo a população por meio de suas práticas assistenciais, assim devolvendo a sociedade profissionais mais

competentes e que contribuem de maneira mais significativa com o fortalecimento do SUS e da comunidade no qual este se encontra inserido.

Uma forma de ampliar as ações de divulgação do funcionamento do CMS, é por meio da formulação de jornais mensais que abordam informações do Conselho Nacional, Municipal e Local, a importância do controle social, e as implicações no SUS, assim como é realizado em Curitiba, através da circulação do Jornal do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, de rotatividade mensal. A edição de janeiro de 2015 desse meio de comunicação, por exemplo, abordou um pouco da história do controle social e do SUS; a legislação e sobre o papel dos conselhos e conselheiros municipais, distritais e locais, além de divulgar a Ouvidoria da Saúde como forma de realizar reclamações, opiniões e extinguir dúvidas existentes.

Segundo o Tribunal de Contas da União (2015), existem formas criativas para divulgação das ações do CMS, dentre elas destacam-se: programas de rádio e televisão, sistema de som de igreja, criando jornais ou gibis para serem distribuídos nos setores da RAS, desenvolvimento de logomarca para todos os materiais do conselho, cartazes, visitas domiciliares e através da criação de páginas na internet.

Quanto aos demais setores da rede de atenção à saúde, estes precisam ser melhor explorados no que tange a contribuição dos diversos serviços de saúde, que a compõe, para o fortalecimento dos conselhos municipais, assim é preciso que os profissionais da rede sejam capacitados para orientar qualquer usuário quanto a sua participação social na saúde, e suas formas de exercê-la.

Competências do CMS

Nos discursos apresentados pelos usuários quando perguntados sobre as competências do CMS, cerca de 67,85% relataram não saber para que serve este órgão ou apresentaram respostas incoerentes. Deste modo, percebeu-se que as respostas foram diretas e/ou demonstraram desinteresse na aquisição de informações acerca do que foi perguntado, além de apresentar respostas que não correspondem as competências do CMS. O que pode ser evidenciado nas falas abaixo:

“Não” (E7)

“Hum Nunca me prestei a saber” (E1)

“-É... Pelo nome já tá dizendo, conselho, né, pra aconselhar as pessoas a como viver melhor.” (E12)

Tais resultados, também foram observados no estudo de Martins et al., (2013), quando refere-se a tendência na apresentação de respostas quanto ao conhecimento do papel do Conselho Municipal vinculado ao próprio nome, sendo direcionadas equivocadamente para o sentido do aconselhamento sobre medidas para o autocuidado.

A falta de interesse dos próprios usuários referente às ações de controle social promovidas pelo CMS é reflexo do desinteresse das pessoas quanto ao envolvimento com questões políticas, o que resulta em interpretações incorretas, ou na ausência de informações sobre o mesmo. Outra preocupação que emerge é quanto à possibilidade de proliferação de informações incorretas por parte desses usuários, até mesmo desencorajando o interesse de demais indivíduos.

Segundo os resultados obtidos na pesquisa de Júnior Santos (2009), observa-se que há uma dificuldade no envolvimento da população com o CMS, uma vez que foi relatado por seus entrevistados que existe divulgação das ações do órgão, mas que os usuários não comparecem. Assim, é cogitado que o motivo desse comportamento se relaciona com o desconhecimento da importância do que é discutido.

Entretanto, cerca de 32,14% dos usuários ouvidos nessa pesquisa relatam ter conhecimento sobre as competências do CMS, sendo que foram divididos em dois subgrupos, com destaque para um, no qual encontram-se respostas que remetem de forma mais abrangente às funções do CMS, enquanto o outro se refere à um padrão de respostas mais superficiais.

Assim em 7,14% dos casos foram obtidas respostas consideradas mais satisfatórias, e 24,99% dos usuários informaram respostas incompletas, se levarmos em consideração o que está expresso na resolução 333/03 quanto às competências desse órgão.

No que tange ao subgrupo com respostas mais satisfatórias, observa-se as seguintes falas:

“Sei, é para supervisionar os profissionais da área de saúde, e coordenar o sistema único de saúde.” (E10)

“Conheço o conselho municipal de onde eu vim de foz de

Iguaçu... lá nós tínhamos uma associação, até inclusive a gente tá pretendendo pra ano que vem implantar aqui uma associação dos usuários pra ter direito a voto né, no conselho municipal, nas nossas reivindicações, é necessário ter um conselho municipal para que o povo nos vários segmentos tenham um órgão para se dirigir, para discutir sobre a saúde da população para melhorar né” (E 08)

Porém, como pode ser observado na fala anterior, um dos entrevistados adquiriu as informações mediante experiências anteriores, conseqüentemente não servindo como avaliação positiva para o município, já que as informações adquiridas não foram incorporadas por meio de ações do mesmo.

No que se refere ao subgrupo com respostas incompletas, as falas que representam o mesmo podem ser identificadas a seguir:

“Sei que é o bem estar da saúde”(E17)

“O Conselho Municipal é se por acaso a gente quiser dá uma sugestão ou reclamar de alguma coisa? Coisa né? Pra melhorar eu acho que eu acho que é pra isso” (E20)

“É pra gente reclamar nosso direito”. (E6)

As respostas incompletas possibilitam inferir que ainda existe uma superficialidade, no que tange a compreensão das competências do CMS, já que são apontados conceitos vagos e sem convicção de suas respostas, como pode ser observado na fala descrita acima pelo entrevistado.

Essa incompletude encontrada refere-se a fatores inerentes ao desinteresse também existente nesse grupo de usuários, o que permite afirmar que uma parcela representativa dessa população já recebeu alguma orientação acerca do tema, porém não demonstrou iniciativa para buscar mais informações ou não terem comparecido a reuniões ou ao menos realizado visitas ao CMS, uma vez que, caso os tivesse realizado, poderiam ter maior embasamento do que foi questionado.

Outro fator contribuinte para o pouco conhecimento das competências do conselho é a dificuldade em encontrar pessoas dispostas ao engajamento social voltado à melhoria da comunidade e dos seus principais problemas. Observa-se que existe uma quantidade limitada de pessoas que tentam assumir uma postura de liderança e reivindicação, contudo os usuários que dispõem de mais informações são os mesmos que possuem maior envolvimento com o CMS.

Conforme pode ser observado no estudo de Júnior Santos (2009), há preconceito e apatia quando objetiva-se envolvimento para resolução de questões políticas, mesmo que acarrete em benefícios e melhoria dos serviços de saúde e outros serviços oferecidos a comunidade. Sendo assim, então, empecilhos para uma real e efetiva participação popular voltada as problemáticas da comunidade. Dessa maneira, a inserção de novos indivíduos engajados é difícil e pouco existente, verificando então a repetição das mesmas pessoas que já exerciam papéis reivindicativos para essa população.

Conclusões

O presente estudo evidenciou que o CMS, do município em questão, vem desenvolvendo algumas atividades a fim de divulgar e esclarecer as dúvidas da população em relação ao controle social, contudo as mesmas ainda são incipientes, o que ficou evidente devido à baixa quantidade de usuários que apresentaram respostas claras e completas frente a essa temática.

Visto que o CMS do presente estudo tem 24 anos de atuação e dispõe de uma agenda de reuniões fixa, o CMS deveria, portanto, contar com um número maior de usuários aptos a participar e disseminar informações a fim de atrair mais cidadãos a esta causa que é de enorme importância para alcançar avanços na qualidade dos serviços públicos de saúde que por muitas vezes são criticados pelos próprios usuários.

Os resultados encontrados no estudo, por sua vez, não devem ter como responsável apenas o CMS, a população também deve adotar uma postura diferente, passando a se organizar de forma que amplie sua participação na gestão da saúde, tomando posse deste direito conquistado há mais de duas décadas e que infelizmente ainda não é sabido e explorado por completo, muitas vezes por falta de interesse e/ou informação.

Algumas medidas para solucionar este problema já foram esplanadas durante a análise, porém são necessárias inovações que tenham efeitos positivos de curto e longo prazo. A inserção da Constituição Federal como conteúdo componente nos ensinamentos fundamental e médio deve ser levada em consideração visto que as crianças de hoje se tornarão adultos mais esclarecidos em relação aos seus direitos, assim terão maior embasamento para discutir e cobrar avanços para o bem comum de todos.

Outra forma de fortalecimento do controle social realizado pela população é a implantação dos Conselhos Locais de Saúde. Na localidade estudada, medidas neste sentido já vêm sendo tomadas por intermédio de um projeto de intervenção vinculado a uma instituição de ensino superior, porém o mesmo ainda não conseguiu abarcar todas as USF do município, portanto necessita de uma atenção especial para que esta ideia seja incorporada ao plano de ação anual até atingir 100% das áreas de abrangência que fazem parte da RAS.

Por fim, observamos que as ações do CMS se tornarão mais efetivas a partir do momento que a população passe a se interessar mais por assuntos políticos e atue de forma mais incisiva com relação aos seus direitos, indo além dos votos eleitorais, tornando-se mais presente e ativa enquanto cidadãos que cumprem com seus direitos e deveres.

Referências

ANDRADE, I. M. **Territorialização da Atenção Primária à Saúde: avaliação e perspectivas no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia**. 2015. 71f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial – Departamento de Ciências Humanas, Universidade de Feira de Santana, Feira de Santana.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 23 de julho de 2015.

_____. CGU – Controladoria-Geral da União. **Controle Social: orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Brasília, DF, 2012. (Coleção Olho Vivo no Dinheiro Público). Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/control-social/arquivos/controlsocial2012.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2015.

_____. Decreto 8.243 de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm. Acesso em 16 de outubro de 2015

_____. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo. 20 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 05 out. 2015.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (sus) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em 15 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único – SUS** / Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2015.

_____. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

_____. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. – 2. ed. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. Disponível em: < <http://portal3.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2703845.PDF>>. Acesso:20 de setembro de 2015.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 09 dez. 2016.

JÚNIOR SANTOS, D. P. **Controle social e participação popular na gestão da política de saúde no município de São Carlos – SP**. 2009. Disponível em:<<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/DorivalPereira>

Santos.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2015.

KAWASHIMA, M. C. S., et al. **O desconhecido SUS: O conhecimento da população de uma cidade do Vale do Paraíba**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Vale do Paraíba http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00420_01O.pdf

MARTINS, C. S. et, al. **Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul/set 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a07v37n98.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

SANTO ANTONIO DE JESUS, Prefeitura Municipal de; Lei nº 394, de 25 abril de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde e de outras providências. **Diário Oficial do Município**. Santo Antônio de Jesus: Poder Executivo, 25 abr. 1991.

SILVA, L. M. S., et al. **Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.117-125, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/10.pdf>>. Acesso em 15 de maio de 2015.

Processos de trabalho na rede de atenção à saúde

Luiza Emanuelle das Mercês Rios

Rosa Cândida Cordeiro

Elaine Andrade Leal Silva

Mariluce Karla Bomfim de Souza

Willian Tito Maia Santos

O processo de trabalho em saúde e de produção do cuidado em distintos espaços que conformam a Rede de Atenção à Saúde caracteriza-se como objeto de discussão neste capítulo, que utilizou algumas evidências de uma pesquisa realizada no município de Santo Antônio de Jesus-Ba (RIOS; SILVA, 2016) para levantar aspectos/elementos das práticas dos trabalhadores de saúde que influenciam e repercutem sobre a produção da saúde nos distintos “espaços de encontro” destes com os usuários.

O desenvolvimento do espaço de encontro entre usuário e trabalhador de saúde ocorre, segundo Merhy (2006), quando o trabalho está relacionado com a saúde e quando busca a satisfação das necessidades dos usuários. Desse modo, o trabalho em saúde se completa no ato de sua produção, e, segundo Pires (1999), envolve diversos profissionais especializados no espaço institucional cujo número e composição são definidos, dentre outros critérios, pelo tipo e complexidade do serviço prestado.

No processo de trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre o objeto, o instrumento e a finalidade são dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um saber

operatório que encaminha os agentes para o cumprimento de um projeto de vida em sociedade (PASSOS; CIOSAK, 2006). Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde adentra o campo das relações humanas, revelando-se complexo, exigindo, portanto, o acesso às distintas tecnologias dispostas nos diversos serviços de saúde que conformam a Rede de Atenção à Saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as RAS são compreendidas como organização e gerenciamento dos serviços de saúde de maneira que propiciem a oferta do cuidado necessário aos usuários do sistema de saúde, de forma acessível, que permita o alcance dos resultados esperados com o custo adequado (BRASIL, 2011).

Considera-se o processo de trabalho em saúde na RAS como possível à (des) construção das práticas de saúde da forma como estão estabelecidas no Sistema Único de Saúde (SUS), seja na esfera da Atenção Básica e/ou nos serviços de média e alta complexidade. A articulação entre os distintos serviços que dispõem de tecnologias de diferentes complexidades pode ser estabelecida no campo das relações entre trabalhadores dentro de um território e para além dele a fim de ofertar e garantir a atenção integral à população. Neste sentido, este capítulo recupera aspectos que caracterizam as práticas dos trabalhadores de saúde a partir de uma realidade municipal que se constituiu como campo de uma pesquisa exploratória e de abordagem qualitativa.

As evidências empíricas foram reveladas a partir de entrevistas realizadas com 30 trabalhadores de saúde que atuam na RAS¹ no município de Santo Antônio de Jesus com faixa etária entre 24 e 55 anos, e carga horária semanal laboral predominante de 40 horas. A partir da análise do conteúdo dos relatos das entrevistas, segue a discussão sobre o processo de trabalho em saúde e suas articulações com a RAS.

¹ Os entrevistados participantes da pesquisa, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº 334737, ocupavam, à época da coleta dos dados, os seguintes serviços de saúde: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 2), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Policlínica, Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU) e 04 USF.

Processo de trabalho em saúde

O primeiro elemento constitutivo do processo de trabalho a ser discutido é a **finalidade** do trabalho que pode ser definida como “a razão pela qual ele é feito. Ela vai ao encontro da necessidade que o fez acontecer e que dá significado à sua existência”

(SANNA, 2007, p. 222). Assim, para os entrevistados a finalidade de seu trabalho é:

Trabalhar a prevenção. Mas se já existe alguma patologia, a gente vai buscar trabalhar pra que ele melhore daquela patologia. (T1)

Então, o que todo profissional que trabalha com o público deve fazer é a promoção da saúde, não é. Então é isso que eu devo fazer, é a minha finalidade estar promovendo a saúde, através da nutrição, que é o que eu sei fazer. (T3)

Estes apontam a promoção à saúde e a prevenção de doenças como finalidade do seu trabalho, estando sintonizados com a portaria 2.488 do Ministério da Saúde (MS), quando conceitua como finalidade do processo de trabalho “a promoção de atenção integral, contínua e organizada à população adscrita para que desta forma haja a prevenção do aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2011, p.8).

Nesse sentido, os trabalhadores devem ser comprometidos com as técnicas de promoção da saúde, assim como estabelecer e orientar mudanças nos hábitos e padrões de vida, estabelecendo ações individuais e coletivas para promover saúde e prevenir doenças (BRASIL, 2006).

As ações preventivas são definidas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003). A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

Desse modo, entende-se que ações de promoção e proteção da saúde, assim como de prevenção de doenças e agravos são fundamentais para uma assistência efetiva, configurando-se como estratégias de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde. Nesta direção, o relato abaixo verbaliza como finalidade de seu

trabalho: “[...] melhorar à saúde das pessoas. Minha ideia é trabalhar buscando a qualidade de vida das pessoas na questão da saúde”. (T4)

Sobre a qualidade de vida em saúde, Minayo (2000) a define como uma noção particular do ser humano, que se aproxima ao grau de satisfação que ele encontra na vida familiar, amorosa, social e ambiental, assim como na própria existência. A mesma autora considera que o termo qualidade de vida abrange vários significados, que refletem experiências, conhecimentos e valores em variadas épocas, espaços e histórias diferentes vivenciadas pelos indivíduos e coletividades.

O estudo de Buss (2000) aponta que proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem sua qualidade, ou seja, amplia a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nesse âmbito, destacam-se componentes ligados a desejos, expectativas, valores, condições e hábitos de vida do ser humano num dado contexto, particularmente expressos no seu cotidiano.

Diante da complexidade do tema e das suas implicações, percebe-se que a compreensão do significado de qualidade de vida depende do que os indivíduos possuem como referencial na sua vida cotidiana. Entretanto, torna-se cada vez mais reconhecido o caráter multidimensional de seus atributos e a relação desses com a qualidade de vida e de saúde.

Para além da qualidade de vida, destaca-se como finalidade do trabalho a oferta de saúde com maior qualidade, ou seja, “levar uma saúde de mais qualidade, uma qualidade de vida para a população onde eu trabalho” (T5). Nesse sentido, a discussão sobre produção de saúde revela-se à medida que, traz de forma implícita o alerta acerca da necessidade de se ofertar uma saúde de maior qualidade.

Segundo Dias; Lira (2001), a relação entre a qualidade e o meio organizacional sempre foi muito estreita e mutável. As organizações brasileiras nos últimos anos vêm enfrentando desafios, principalmente no que se refere a controle de custos e qualidade dos serviços prestados.

O conceito de qualidade em serviços de saúde ao longo do tempo teve seu enfoque ampliado deixando de ser puramente voltado à técnica para voltar-se às tentativas de satisfazer

necessidades, interesses e demandas dos diversos atores envolvidos no sistema como: operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e usuários; os quais segundo Figueiredo et al (2009) cada um destes tem interesses e opiniões próprios sobre qualidade dos serviços, tratando-se, portanto, de um mercado imperfeito, com forças específicas, em que qualquer ação deveria, obrigatoriamente, estar fundamentada em uma visão sistêmica.

Diante dessa crise na oferta de qualidade nos serviços prestados, Campos *et al* (2004) consideram que os serviços de saúde têm buscado garantir nos seus atendimentos a satisfação plena de seus usuários e, simultaneamente a evolução tecnológica aplicada nesse contexto, existindo ainda a preocupação em melhorar a qualidade da atenção social prestada às pessoas. Os autores acrescentam que na base das ações de saúde preconizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) está a orientação de que os profissionais de saúde desviem o olhar e a escuta da doença para perceber e compreender os sujeitos na sua particularidade e coletividade (CAMPOS *et al*, 2004). Desse modo, entende-se que superar desafios para garantir um serviço de qualidade é fundamental, na medida em que configura-se como uma demanda urgente no setor saúde que deve ser sanada.

Nesse contexto, Coelho e colaboradores (2012) consideram que, para haver um serviço voltado às necessidades da população, é preciso haver colaboração de todos os envolvidos nesse processo, de maneira que a divisão de saberes, as responsabilidades e o compromisso mútuo possam estabelecer uma nova prática.

Na descrição do processo de trabalho em saúde na rede de atenção à saúde do município estudado, o segundo elemento do processo de trabalho a ser discutido é o objeto de trabalho. Para tanto, pode-se utilizar da análise marxista citada por Mishima (2003) em que o objeto de trabalho é considerado como a matéria-prima que deverá ser transformada. Complementando, Rodrigues (2011), afirma que no campo da saúde o objeto a ser transformado caracteriza-se pelo próprio usuário que frequenta o serviço.

Quando questionados sobre: Para quem você direciona seu trabalho? os trabalhadores responderam:

Para minha área de abrangência. Para toda a questão dos pacientes, para equipe, para todo mundo! (T8). Aqui, para comunidade. Certo? Trabalho aqui e em USF é sempre voltado para a comunidade. (T9). Para população. Para o indivíduo. (T5)

Trazendo a discussão sobre o **objeto** do processo de trabalho para o contexto das redes de Atenção à Saúde que têm a Atenção Básica, particularmente a saúde da família, como coordenadora do cuidado, Mendes (2010) aponta a população como primeiro elemento e razão da existência das redes e traz uma ideia de responsabilização sanitária das redes para com a população assistida. Ainda considera que o conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde demanda um processo contínuo, possível de ser alcançado através do processo de territorialização.

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Nessa perspectiva, os trabalhadores informam não delimitar um público atendido, ou seja, eles fazem valer os princípios do SUS, quais sejam: a universalidade do acesso, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência (BRASIL, 2006).

Fermino (2010) aponta que ao reconhecer o objeto de trabalho os trabalhadores reconhecem as potencialidades para atender as necessidades e modificar os recursos para gerar a produção e transformação na saúde dos usuários.

O conhecimento dos trabalhadores de saúde acerca da área de abrangência onde atuam possibilitam a construção de uma rede oficial que detém autoridade e responsabilidade legais para planejar as ações junto à comunidade, partindo do reconhecimento e estudo das problemáticas locais de saúde. Na medida em que atuam em determinada área, enfatizam as atividades de proteção e promoção da saúde dos atores sociais, buscam utilizar técnicas preventivas e curativas com tecnologias adequadas, apresentando um caráter dinâmico, desenvolvendo atividades em parceria com a comunidade e a equipe multiprofissional (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000).

Em relação ao direcionamento do trabalho na USF, pode-se afirmar que a atenção básica possui em si um elevado grau de complexidade para sua operacionalização, tornando-a como elemento fundamental para a estruturação do SUS por ser considerada a porta preferencial de entrada no sistema de saúde.

Alguns trabalhadores responderam para quem direcionam seu trabalho da seguinte forma:

Para a população, para aqueles que mais precisam na população (T3).

Para comunidade, para quem realmente precisa não é, que é nosso foco aqui (T10).

Os relatos apontam que o objeto dos trabalhadores da saúde seria pessoas que vivem na condição de desigualdade social e assim, o seu trabalho tem foco na equidade.

Os estudos sobre desigualdades em saúde não são recentes. Há uma longa trajetória epidemiológica que antecede a incorporação do conceito de equidade como orientador das políticas de saúde. Equidade em saúde está sustentada no direito à saúde por sua vez ancorada no conceito de saúde, historicamente construído. Nesse contexto, Teixeira (2002) afirma que o campo da saúde é considerado como um espaço social em que se desenvolve um processo histórico de relações sociais que envolvem prestações de serviços, garantia de direitos e inter-relações pessoais.

Nesta direção, Paim (1997) afirma que a situação de saúde das populações é composta por um conjunto de necessidades e problemas de saúde, respostas sociais frente a esses problemas e necessidades e do perfil de fenômenos que os fazem visíveis.

Entende-se que a definição de equidade em saúde depende do conceito de saúde e do conceito de necessidades (sociais) de saúde. Desse modo, considera-se necessária a adoção de estratégias diferenciadas para pessoas e grupos populacionais excluídos e em situação de maior vulnerabilidade, para cumprimento do instituído na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), definindo a saúde como direito universal, a ser garantido pelo Estado.

Diante das declarações, percebe-se que o objeto de trabalho dos trabalhadores da RAS são a comunidade/população/usuários, e alguns dos **instrumentos** de trabalho são os apresentados a seguir:

Instrumento: balança e fita. Técnicas: a gente trabalha mais com orientações. [...] e assim, nos casos mais individuais, mais específicos, a gente faz de acordo com a individualidade daquele paciente (T2)

Ah a questão da administração de medicamentos e os instrumentos são os perfurocortantes que agente utiliza não é? Injetáveis, as injeções. São esses os tipos de instrumentos e a questão da administração do medicamento, administração e a escuta né? (T12) .

Telefone. Computador, caneta e papel (T13).

Para Mishima e colaboradores (2003), os instrumentos/recursos, representados pelos con-

hecimentos utilizados para transformar e/ou atender as necessidades presentes na sociedade são considerados as ferramentas utilizadas para gerar o trabalho.

Segundo Campos (2000), o modelo hegemônico atual da assistência à saúde, estruturado nas tecnologias duras, no pensar e agir em saúde tem conduzido à emergência, cada vez maior, de insatisfações tanto dos usuários como de profissionais de saúde.

Os materiais citados são caracterizados por Merhy et al (2006) como a tecnologia que se configura pelos equipamentos tecnológicos, máquinas, sendo assim denominados de tecnologias duras, o que segundo o autor, sejam eles mais complexos ou menos complexos, englobam todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações.

Diversos autores relatam a prevalência do uso das tecnologias duras na produção do cuidado em saúde. Cabendo também reconhecer o uso de tecnologias leveduras e leves, também evidenciados nas práticas de trabalho:

Então, o que eu mais utilizo mesmo é a fala, a escuta, é mais basicamente isso. É o que eu faço mais essa aposta, seja com os usuários, seja no contato com as outras unidades, com os outros serviços, a gente trabalha mesmo as tecnologias leves. (T11)

Eu acho que o essencial é o acolhimento, é a escuta, você ouvir o outro e você ser humano e não simplesmente como um cliente [...] (T10)

Os trabalhadores reconhecem a importância do acolhimento e da escuta no processo de trabalho em saúde; portanto, o desenvolvimento das capacidades de acolher, ouvir e se responsabilizar pelo outro, é fundamental na produção do cuidado. Corroborando, Merhy (2002) considera que o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Pereira; Ayres (2003), em análise da produção bibliográfica sobre acolhimento relacionado à organização e planejamento nos serviços de saúde, identificaram que o acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o

processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Fagundes (2004) considera que é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar no contexto de seu processo de trabalho, mediado por estabelecimento de vínculos com o usuário. Ortiz (2004) afirma que esse é um processo no qual trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

Com base no uso dessas tecnologias, compreende-se que para alcançar a qualificação no escopo dos serviços de saúde, há que se ter um reordenamento para um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa da vida, baseada na atuação conjunta entre as diversas categorias profissionais distribuídas nos serviços de saúde buscando incorporar estratégias para intervenções eficazes no processo saúde-doença.

Merhy (2002) afirma haver a necessidade de um modelo assistencial de novo tipo calcado em uma forte rede básica de serviços, buscando efetivamente uma combinação entre as tecnologias em saúde que permita produzir uma relação de confiabilidade e de responsabilização do trabalhador com o usuário e que busque resolutividade das intervenções, promovendo coletivamente um controle dos riscos de adoecer, e garantindo um acesso universal aos distintos níveis do sistema.

De fato, todas as tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde e, nessa perspectiva, não cabe hierarquização de valor das tecnologias; a depender da situação, todas são importantes, porém não se deve esquecer de que, em todas as situações, as tecnologias leves precisam estar sendo operadas (PEREIRA, 2001).

Processo de trabalho em saúde e suas articulações na rede de atenção à saúde

O Processo de Trabalho em Saúde deve considerar os trabalhadores de saúde como produtores do cuidado comprometidos com a vida individual e coletiva. Neste sentido, a atenção em saúde deve ser planejada a partir de um diagnóstico situacional que apresente as

demandas e prioridades da população de modo que direcionem as práticas dos trabalhadores nos diferentes espaços de atuação que conformam a rede do SUS.

A Portaria 2488 publicada pelo Ministério da Saúde em 2011 (atual Política Nacional de Atenção Básica) reafirma a responsabilidade do SUS por um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população e apresenta como estratégia a organização de Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

O questionamento sobre a articulação dos profissionais de saúde com os demais serviços da RAS revelou:

Veja só nós estamos sempre em contato com a central de marcação, para marcar exame para nossos pacientes. Através da Secretaria de Saúde com a central de marcação. (T11)

Assim você quer dizer se eu encaminho com telefonemas. Nas reuniões a gente encaminha, sempre eu mantenho contato com os setores, CI (comunicação interna), é como é que se diz, telefonemas, hoje em dia a gente tem até WhatsApp, grupo de tudo, tem o grupo da atenção básica junto com a VIEP, então né a tecnologia avançada melhorando o nosso dia-a-dia. (T9)

Eu converso primeiro com a enfermeira chefe, e ela me orienta o que é que eu devo fazer. Ou por telefone, ou via CI, que é comunicação interna, que a gente tem aqui e que a gente preenche e manda. [...] Nossos coordenadores, graças a Deus tem o cuidado de retornar sempre pra gente. (T1)

Os trabalhadores reconhecem que seus processos de trabalhos apesar de serem distintos os colocam em constante comunicação com diversos setores em fluxos conectivos que podem muito bem ser considerados como um trabalho em rede.

Franco (2006) no seu estudo sobre As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde afirma que, ao se observar como as redes de cuidado do SUS funcionam, verifica que entre as várias unidades/serviços seja da equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar e mesmo o atendimento pré-hospitalar, exercem seu trabalho por meio de uma comunicação mútua, em um processo que de longe pode se constatar que é um funcionamento em rede.

A comunicação acontece em uma unidade de saúde onde os variados atos produtivos mantém uma inter-relação quando produzem procedimentos que são consumidos pelos diversos usuários que transitam naquele serviço na busca por resolutividade para seu problema; também acontece internamente no cotidiano dos serviços entre os trabalhadores da equipe

que durante seu processo de trabalho processam também uma rede entre si, com grande intensidade na busca da produção do cuidado (FRANCO, 2006). Tal inferência pode ser exemplificada considerando-se uma USF em que os trabalhadores se propõem a criar e discutir estratégias em conjunto para qualificação do cuidado ofertado por meio da problematização das necessidades de saúde dos usuários cadastrados sob sua responsabilidade.

A presença da realização de encaminhamentos entre os diferentes serviços da rede dentro dos diversos processos de trabalho vai ao encontro da afirmação de Franco (2006) sobre o que é relativamente fácil observar em que as redes são imanentes aos processos produtivos da saúde e, que no nível da relação entre as diversas unidades, há em todo momento uma grande articulação entre elas; existindo até mesmo uma cultura de encaminhamento, que se expressa pela realização da referência e contra referência, utilizadas frequentemente no cenário do SUS.

Em relação à comunicação que se estabelece entre os diversos atores no processo de trabalho em rede seja por telefone, comunicação interna, *WhatsApp* (aplicativo de comunicação virtual em tempo real) é inegável a importância dessas tecnologias de informação para a produção do cuidado em rede.

As novas tecnologias de informação fizeram surgir uma gama de novas possibilidades para a análise de redes sociais e, conseqüentemente, de redes de colaboração em ciência, tecnologia e inovação. O advento da Internet é, sem dúvida, o fato mais significativo. A formação de comunidades virtuais é promovida com suporte tecnológico, que promove uma comunicação em tempo real entre diversas pessoas mesmo que estas se encontrem em diferentes lugares, constituindo-se em um meio de comunicação informal, na medida em que não é reconhecido juridicamente como um registro formal, porém com inegável eficiência em promover um processo comunicativo rápido, efetivo e com respostas em um curto espaço de tempo.

Observa-se ainda, que os trabalhadores de diferentes serviços que compõe a RAS, mantêm uma relação direta para efetivação do cuidado prestado.

O pré hospitalar também faz parte dessa rede, na atenção a urgência. Quando eu estou no SAMU a Atenção Básica liga, às vezes o paciente está na unidade, só tem o enfermeiro, não tem um médico ou o próprio médico tira uma dúvida, a gente pede para fazer alguma medicação e estabilizar o paciente e depois retornar. Muitas vezes a gente consegue manter o paciente só na unidade básica de saúde através da conversa com o profissional sem precisar levar o paciente para emergência, então

isso tudo já diminui os fluxos, então a gente se articula dessa forma. (T12)

Desse modo, apreende-se que existe uma rede de relações, autorreferenciada nos próprios trabalhadores, que entre si definem os atos necessários para que o cuidado seja produzido e destinado a cada usuário que necessita do atendimento no cotidiano dos diversos serviços de saúde. Nesse sentido, Franco (2006) considera que a imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, ou seja, enquanto equipe os trabalhadores pertencem uns aos outros e também a uma rede maior que opera fluxos com outras unidades de saúde e equipes possuindo conexões expandidas para o território da área da unidade e o domicílio do usuário.

A atenção básica, por ser considerada a porta preferencial, geralmente é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, o que lhe confere um grande potencial de resolver a maioria das demandas apresentadas. Vilela et al (2009) consideram que esta concepção de resolver vai além do diagnóstico clínico para determinada doença ou agravo e a oferta do tratamento correspondente, mas que também inclui as ações de promoção e prevenção da saúde, a identificação de necessidades que devem ser respondidas por outros serviços que não os da rede de saúde, e a referência do usuário a níveis mais complexos do sistema.

Eu faço parte de que? Da unidade de Saúde da Família. A porta de entrada de todos os tipos de pacientes, não é? Então a gente tem que está articulado coma rede para poder, por exemplo, saber onde encaminhar determinados pacientes. [...] Então a gente tem que está, tem que estar conectado a toda rede. Com a média, a alta complexidade, CREAS, CRAS, CAPS [...]. (T17)

Portanto, a Atenção Básica caracteriza-se como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, fato este que exige um saber e um fazer articulado no modo de produzir saúde. No entanto, a RAS existe, na medida em que há serviços de diferentes complexidades operando na produção de saúde, porém esse trabalho em rede possui fragilidades e apresenta os nós em vários pontos de conexão e que a falta de comprometimento de muitos trabalhadores na sua operacionalização faz com que a garantia do direito ao atendimento integral no âmbito do SUS não tenha efetividade prática em muitos pontos de atenção. No que diz respeito às articulações dos processos de trabalho com a RAS, cabe destacar:

Então, esse ano específico a gente tem tentado fazer esse, esse investimento e a forma que a gente tá conseguindo é é em contato, a gente tá fazendo diretamente.

No início do ano a gente começou a trabalhar com reuniões. Marcamos a primeira com o Ministério Público, pra tentar o diálogo e tá fazendo a articulação, é hospital, SAMU, é a polícia também, CRAS, CREAS, NASF e unidades básicas. [...] a gente tem ainda esse contato, mas é algo que se perde, não é algo que se mantém. Faz aquele contato, a pessoa se compromete, mas aí no meio do caminho parece que as coisas vão se perdendo, não há sustentação dessa, desse investimento na rede. (T20)

Outro ponto importante a ser discutido ainda no contexto de processo de trabalho em saúde e redes de atenção é a inserção da saúde mental nesse contexto:

Às vezes quando um usuário está precisando de algum atendimento, como um atendimento odontológico entendeu? A gente não tem esse serviço aqui dentro, aí a gente tem que buscar a rede não é? Porém ainda há resistência, porque para atender um usuário nosso essa semana mesmo várias vezes eu tive que deixar o meu trabalho, porque simplesmente um profissional que é capacitado para estar ali atendendo se recusa a ficar junto com o paciente, então eu que tenho que ficar lá acompanhando. [...] eu tenho que assinar um termo lá de responsabilidade não é? Como é que o CAPS é para levar o paciente de volta a sociedade se há um bloqueio de lá? (T24)

Esse depoimento demonstra que existe articulação no processo de trabalho com a rede de atenção à saúde, na medida em que reconhece que para ofertar um trabalho integral ao usuário do serviço, se necessita de apoio de outros serviços, buscando, portanto, uma configuração de trabalho em rede. Porém, apesar de haver no campo da Saúde Mental um processo de transformação no modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, o preconceito ainda é presente na sociedade.

Godoy; Bosi (2007, p. 294) ressaltam a construção social do estigma no campo da saúde mental associando-a ao processo de isolamento dos loucos: “Sobre o louco é exercida uma ação de violência, de múltiplas segregações: da reclusão ao abandono nu e imundo no pátio do manicômio, construindo-se a concepção do louco enquanto ser perigoso, nefasto, incapaz.”

Em pesquisa realizada em âmbito mundial, com especialistas em saúde mental e líderes que exercem influência na organização de serviços, foram apontadas barreiras de diferentes ordens à inclusão da saúde mental nos serviços de saúde, quais sejam: a agenda de prioridades prevalentes de saúde pública e os efeitos sobre o financiamento; a complexidade e a resistência à descentralização dos serviços de saúde mental; os desafios para a implementação de cuidados de saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS); os números

baixos de profissionais que recebem treinamento e supervisão em saúde mental; e a frequente escassez de lideranças de saúde mental na perspectiva de saúde pública (SARACENO, 2007).

Entende-se a necessidade de incitar diálogos no setor saúde e na sociedade em geral com o objetivo de fortalecer a visão de que a saúde mental faz parte do setor saúde como qualquer outro serviço e construir um novo olhar pautado na igualdade, livre de preconceitos e julgamentos. No entanto, a prática revela um potencial estigmatizante revelado no questionamento dos trabalhadores de saúde: será que isso é um modo de articulação do trabalho em rede ou é fruto de uma concepção arcaica originada pelo estigma da loucura?

A entrada da saúde mental na rede. Saúde mental na unidade básica. [...] então eu estou falando da nossa dificuldade de entrada e eu acredito que a nossa dificuldade de entrada hoje nesses serviços e da negação também é do estigma ainda que a loucura traz. As pessoas não querem ter um louco na sua unidade fazendo atendimento. Não quer. Hospital não quer, as unidades básicas não querem. (T19)

A Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB) vai se desenvolver exatamente como uma forma de envolver os diversos atores sociais do SUS na transformação de saberes e práticas dirigidas aos portadores de transtornos mentais e também às questões que envolvem a Saúde Mental como um todo. Essa reforma implica na criação de vínculos e no cuidado longitudinal, devendo também contribuir para a construção de alternativas às práticas de exclusão ou simples medicalização dos transtornos mentais (BRASIL, 2005). Maciel et al (2008) lembra que a Reforma Psiquiátrica não deve ser restrita à extinção física dos manicômios: ela implica construir novas formas de lidar com as pessoas que estão em sofrimento mental, para isso é necessário visualizar a saúde mental na perspectiva de uma rede intersetorial.

Para avançar e aprofundar a RPB, é proposto pelo Ministério da Saúde o estabelecimento de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de que as ações em Saúde Mental se expandam para outros níveis de densidade tecnológica do SUS e se interconectem com outros saberes, práticas e categorias profissionais. As RAPS surgem como uma rede de atenção temática e entendida como uma ação prioritária da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) através da Portaria N. 3088/2011 (BRASIL, 2011). As RAPS se destinam para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. De acordo com essa Portaria, as ações em saúde mental devem ser articuladas em rede e contemplar todos os pontos de atenção

das RAS. A implantação da RAPS e o desafio de tecer a rede de atenção psicossocial é um processo progressivo, que se produz no coletivo com a participação dos atores sociais que estão direta ou indiretamente relacionados à assistência, tais como profissionais, usuários, familiares, gestores dos municípios, entre outros.

Concebida como uma estratégia de enfrentamento das vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as populações nas regiões que vivem, a proposta das RAPS se pauta na lógica de que muitos dos elementos e fatores que geram os variados tipos de transtorno mental estão ligados a fatores do meio no qual estão inseridos. Surge com a perspectiva de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com demandas em Saúde Mental nos serviços, nos territórios e nas cidades (BRASIL, 2011).

Apesar da proposta bastante inovadora, fica clara a distância entre a legislação e a prática cotidiana nos serviços de saúde. Lidar com o campo da saúde mental traz de fato uma série de resistências e mecanismos defensivos de diversas ordens por parte dos trabalhadores, desde a ausência de humanização no cuidado prestado, podendo chegar, até à recusa de atendimento ao usuário:

Porém ainda há resistência, porque para atender um usuário nosso, essa semana mesmo várias vezes eu tive que deixar o meu trabalho, porque simplesmente um profissional que é capacitado para estar ali atendendo se recusa a ficar junto com o paciente. (T24)

Essas dificuldades dos profissionais advêm em grande parte do processo formativo dos mesmos, onde as técnicas e tecnologias são enfatizadas e onde não existe o foco na subjetividade e na diversidade cultural das pessoas. Estes trabalhadores muitas vezes também não possuem as habilidades necessárias para trabalhar de forma integrada em equipe e enfrentar questões como a organização da assistência à saúde, a implementação dos princípios do SUS, o direito universal à saúde e à informação, a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas e lidar com problemas sociais e comportamentais (BRASIL, 2003).

Portanto, salienta-se a necessidade de prestar um cuidado de qualidade, com integralidade e humanização, por meio de ações, serviços e sistemas com produção em rede voltados para solidariedade intersetorial partindo da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde.

Conclusões

Os trabalhadores consideram que a prevenção, promoção da qualidade de vida da população e fornecimento de serviço de maior qualidade definem a **finalidade** do trabalho; **o objeto** foi descrito como sendo todos os usuários/comunidade; e os **instrumentos/técnicas** foram caracterizados pelas tecnologias.

O presente capítulo trouxe discussões importantes sobre o processo de trabalho em saúde e suas articulações na rede de atenção à saúde, destacando a importância do trabalho em rede na oferta de serviços baseados nas necessidades da população, com vistas a produção de um cuidado integral, efetivo e de qualidade.

Algumas fragilidades na efetivação do trabalho em rede foram apontadas, como por exemplo, o desconhecimento de alguns trabalhadores acerca do seu significado, revelando, portanto, a falta de preparo deles para atuação nesse contexto de integração de serviços baseados em fluxos variados e comunicação contínua em rede.

Evidências apontam para a necessidade de mudança na formação dos trabalhadores, para que os processos de qualificação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho no intuito de oferecer uma assistência baseada nas necessidades da população, procurando superar o modelo biomédico que reduz o indivíduo a doença que ele possui.

A discussão ora apresentada neste capítulo não pretende esgotar as questões apresentadas, mas despertar e sensibilizar novas discussões e reflexões sobre processo de trabalho em saúde na perspectiva da RAS, estimulando a corresponsabilidade nas ações de saúde, proporcionando cuidado ético, humano e integral.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-75. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em 5 de março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Plano nacional para o controle integrado das DCNT - promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2006. Em revisão. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>>. Acesso em 21 de janeiro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros De Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério Da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. 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 direcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 12/01/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em > 15/01/2017.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2003. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)021.pdf)>. Acesso em 10 de fevereiro de 2015.

_____, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: < http://www.moodle.ufba.br/file.php/12338/Textos/Texto_1_-_PS0Promo_odasa_deequalidadedevida.pdf>. Acesso em 24 de março de 2015.

CAMPOS, Gomes, José, Claudinei. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise

de dados qualitativos. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-6114, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em 29 de março de 2015.

_____, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de março de 2015.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em< <http://www.funecsantafe.edu.br/SeerFunec/rfc/article/view/974>. Acesso em 28 de março de 2015.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DIAS, Virginia B.M.Aguiar; LIRA, W.Silveira. EVOLUÇÃO DO CONCEITO E PROCESSO DA QUALIDADE. **Revista Eletrônica - UEPB**. v.001,p. 10-21, 2001. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/11/3>. Acesso em: 12 janeiro 2017.

FAGUNDES, Souza. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.

FERMINO, Tauani Zampieri. **O Processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em:< <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F22%2F22133%2Fde-16112010>. Acesso em 10 de fevereiro de 2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1983. Disponível em:< <http://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/viewFile/3271/2531>. Acesso em 27

de março de 2015.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de; et AL; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.), **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_proceso_sso_trabalho_tulio_franco.pdf>. Acesso em 3 de abril de 2014.

GODOY, MARIA GABRIELA CURUBETO; BOSI, MARIA LÚCIA MAGALHÃES. A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2):289-299, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a05.pdf>. Acesso em: 15/01/2017.

MACIEL, Silvana Carneiro; MACIEL, Carla Maria Carvalho Maciel; BARROS, Daniela Ribeiro Barros; SÁ, Roseane Christhina da Nova; CAMINO, Leôncio F. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **PsicoUSF** v.13 n.1 Itatiba jun. 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. (2010). As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5), 2297-2305. Retrieved May 03, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&tlng=pt>. 10.1590/S1413-81232010000500005. Acesso em 02 de maio de 2015.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C.M, CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**, v. 2, n. 2, p. 60-147, 2006.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC; 2002.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, Feb. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de março de 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de janeiro de 2015.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci_arttext. Acesso em 12 de janeiro de 2015.

MISHIMA, S.M. A Gerência de Serviços da Atenção Primária a Saúde como instrumento de reorganização da assistência à Saúde – o caso do programa de saúde da Família. 2003, 153p. Tese de Livre docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/22/tde-02082011-154551/pt-br.php>. Acesso em: 12/01/2017.

ORTIZ, J. N, BORDIGNON, M.O, GRALHA, R. S, FAGUNDES, S, CORADINI, S. R, organizadores. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em 12 de janeiro de 2015.

PAIM, Jainilson. Silva. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e Ação, pp. 7-30. In Barata RB (org.). **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Saúde e Movimento 4. Abrasco, Rio de Janeiro, 1997.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.4, p. 464-8, Dez. 2006. Disponível em:< <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/24328>. Acesso em 13 de abril de 2015.

PEREIRA, E.G, AYRES, J. R. C. M. Acolhimento: tendências conceituais e análise crítica. In: **Anais do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública** [CD-ROM]. Ribeirão Preto: Associação Paulista de Saúde Pública; 2003.

PEREIRA, Maria José Bistafa. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão

Preto. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2015.

PIRES Denise. Organização do trabalho na saúde. In: Leopardi MT, organizadora. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis (SC): UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Ed. Papa- Livros; 1999. p.176. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17>. Acesso em 21 de março de 2015.

RIOS, Luiza Emanuele das Mercês; SILVA, Elaine Andrade Leal Silva. O Processo de Trabalho na rede de Atenção a Saúde. 2015. 129f. Trabalho de Conclusão de Curso. Colegiado de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2015.

RODRIGUES, Maísa. Paulino.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, 2011. Disponível em:< https://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf. Acesso em 20/03/2015.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Bras.enferm.** Brasília, v 60, n. 2, abril de 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>. Acesso em 30/03/2015.

SARACENO, B. et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **The Lancet, Londres**, v. 37, n. 9593, p. 1164-1174, 2007. Disponível em< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360761263X>. Acesso em 26 de março de 2015.

SCHRAIBER, Lilian. B ; MENDES, Gonçalves. R. B. Necessidades de saúde e atenção primária, pp. 29-47. In LB Schraiber, MIB Nemes & RB Mendes-Gonçalves (orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. Hucitec, São Paulo, 2000.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde**. 2002. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

VILLELA, Wilza. Vieira. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. P.1316-1324. Disponível em< <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29776/0>. Acesso em 23 de janeiro de 2015.

Trabalho no setor saúde e os determinantes sociais da saúde

Fernanda de Oliveira Souza

Aline Macedo Carvalho Freitas

Paloma de Sousa Pinho

Tânia Maria de Araújo

Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara

Para compreender melhor as ações de vigilância em saúde da trabalhadora e do trabalhador, é relevante entender como se dá o processo saúde doença dos trabalhadores/as do setor saúde, a partir do resgate de conceitos que dão suporte a construção teórica deste processo, considerando os macrodeterminantes sociais que influenciam no perfil de saúde deste grupo, bem como, as características de vida da população trabalhadora a determinados riscos à saúde.

Para isso, esse capítulo pretende fazer a discussão sobre trabalho na saúde e os determinantes sociais com destaque para a vigilância em saúde da trabalhadora e do trabalhador.

Saúde, doença e trabalho

Canguilhem (1978) resgata, a partir de distintos e consolidados autores, os conceitos referentes à normalidade, anomalia e doença. Esse autor expressa que na medicina, o estado normal é aquele que se deseja restabelecer, por conta da percepção humana sobre a polaridade dinâmica da vida, aquilo que é/está negativo precisa ser corrigido. E, por isso, a

medicina, como arte da vida, existe porque o ser humano luta contra aquilo que constitui um obstáculo à manutenção daquilo tomado como norma. Segundo ele, a vida está bem longe de ser indiferente às condições que lhe são impostas.

Para Scliar (2007,p.1):

O conceito de saúde reflete a organização política, cultural e social de um povo. O termo saúde não é concebido com mesmo sentido para todas as pessoas. Para ser atribuído algum valor, dependerá do lugar e, até mesmo, da classe social.

A doença por sua vez, inicialmente sinal de desobediência divina, sobretudo a doença transmissível, é um antigo acompanhante da espécie humana. É próprio de a doença vir interromper o curso de algo, sendo a enfermidade a relação de estados de fragilidade, ligados a um desvio de ordem fisiológica. O patológico não seria então ausência de norma biológica, mas uma norma diferente, repelida pela vida. “A doença per si seria o abalo e ameaça a existência e esse estado exige a noção de ser individual. Estar em boa saúde é ter a possibilidade de ficar doente e se recuperar”(CANGUILHEM, 1978, p. 160). Saúde para o homem é sentimento de segurança na vida.

O conceito de normalidade, descrito por Canguilhem, é tratado desde a Grécia antiga, contudo esse termo ressurgiu na revolução francesa, onde a burguesia funda a ordem capitalista e cria bases para o estabelecimento da prática médica, como a conhecemos hoje, e considera a saúde individual como ferramenta de “engrenagem” para o capital (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999). A relação entre trabalho e saúde/doença nem sempre foi foco de atenção, uma vez que, o trabalhador “escravo” seria peça de engrenagem “natural” pertencentes à terra, assemelhados a animais, sem progresso e sem história (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O trabalho sofreu modificações durante a evolução histórica do homem, sendo hoje, seu conceito, atribuído a partir de diferentes significados. Para Karl Marx (2013), por exemplo, ao transformar a natureza, o homem modifica sua própria natureza. O autor define trabalho como um processo em que o homem regula e controla seu metabolismo com a natureza. A partir deste ponto de vista, o trabalho humano, além de ser um processo dialético, constitui um mediador da relação homem-natureza, apreendido como o formador da essência humana.

Na sociedade capitalista, a finalidade do trabalho é a produção de mais valia e as carac-

terísticas desta produção expropria o/a trabalhador/a do seu saber-fazer, subordinando-o ao processo de valorização do capital. Entender esse ciclo é importante para compreender a influência que o modo de produção capitalista tem na repercussão e nas condições de saúde, doença, bem como na vida do/a trabalhador/a. Cabe destacar que, nesta realidade social, os/as trabalhadores/as sempre encontram formas de resistências e enfrentamentos, atuando como sujeitos do processo, frente as práticas de dominação (MACHADO; ASSUNÇÃO, 2012).

O trabalho pode também ser compreendido como uma atividade coletiva e, portanto social. Sua atividade não ocorre de forma isolada, mas tende a articular linguagem e ideologia (NETTO e BRAZ, 2008). O processo saúde-trabalho deve ser analisado não como um simples indicador do impacto do trabalho sobre os trabalhadores, mas como consequência da relação de produção, determinada socialmente pela dialética entre capital e trabalho (FARIAS JUNIOR, 1998).

No estudo do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1979), analisou os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. O autor destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca pode-se configurar um dado processo de trabalho específico.

Na atual conjuntura da sociedade capitalista, o processo de trabalho é entendido como o resultado da combinação do objeto (a matéria), com os instrumentos ou a tecnologia (que são os meios de trabalho) e a atividade em si mesma – a força de trabalho –, que é a energia humana empregada no processo de transformação (MARX, 2013). Na sociedade capitalista, o conceito de doença, muitas vezes, está centrado na biologia individual, fato que lhe priva o caráter social.

O processo de trabalho, visto como uma forma de interação entre o homem e a natureza, é composto por uma base técnica e uma base social, objetivadas na tecnologia, na organização do trabalho e no tipo de acumulação, o que exemplifica a relação do homem com o ambiente e processo de trabalho (MACHADO; GOMEZ, 1995). A teoria da determinação social da doença diante das grandes transformações sociais, ocorridas a partir de 1960, utiliza, além das ciências naturais, as ciências sociais. Nessa concepção, defende-se que o biológico contém, em si, o histórico e o social (LAURELL; NORIEGA 1989).

O termo “processo de trabalho” passou a ser marco nos estudos sobre a saúde do trabalhador e com sua extensão teórica é possível analisar a origem de agravos em segmentos específicos de trabalhadores/as. A análise de processo de trabalho requer uma ação teórica-prática, capaz de identificar as relações sociais e a subjetividade dos vários atores envolvidos, para ultrapassar a prática hegemônica da medicina do trabalho e da saúde ocupacional que restringem sua avaliação apenas sob a perspectiva positivista.

Os percursos até a saúde do/a trabalhador/a

A partir da revolução industrial, o trabalhador “livre” passou a vender sua força de trabalho, submetendo seu ritmo às máquinas e atendendo a uma extenuante rotina de produção. A aglomeração de trabalhadores em espaços pouco propícios aumentava a proliferação de doenças infectocontagiosas, assim como a exposição ao risco por mutilações e mortes advindas das máquinas. Neste contexto, sob uma visão biologicista da medicina do trabalho, ainda presente hoje, importava a presença do médico para detectar processos que causassem danos à saúde, como também uma forma de conferir o retorno do trabalhador às linhas de produção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A preocupação em garantir serviços médicos aos trabalhadores refletia no cenário internacional e na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Na Conferência Internacional do Trabalho, de 1958, foi instituído os "Serviços de Medicina do Trabalho" (MENDES; DIAS, 1991). A expressão “serviço de medicina do trabalho” indica um serviço organizado nos postos de trabalho ou em seus arredores, destinado principalmente a assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco e contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores. Tanto a expectativa de promover a "adaptação" do trabalhador ao trabalho, quanto à da "manutenção de sua saúde", refletiam a influência do pensamento mecanicista (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1966).

Desta forma, a medicina do trabalho orientada pela teoria da unicausalidade (para cada doença, um agente) limitava-se a isolar riscos específicos, em que a passagem por diferentes processos produtivos e a intensificação da terceirização mascarava os “nexos causais” que poderiam sustentar os processos de vigilância (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). A

Medicina do Trabalho veio adotar essa nova abordagem, a partir das considerações delineadas por Leavell & Clark (1978) na tríade agente – hospedeiro – ambiente (VASCONCELOS, 1995).

O ambiente e o agente só estabeleceriam com o homem conexões externas, de onde se poderiam tirar conclusões de que, atuando com medidas de tipo ecológico sobre aqueles, é possível afastar a enfermidade do hospedeiro (VASCONCELOS, 1995). Nesta proposta, o social é denominado, mas não aparece como um mecanismo explicativo assumindo a condição de mito (AROUCA, 1976).

No contexto político de pós II Guerra, revelou-se a ineficácia da medicina do trabalho para intervir em doenças relacionadas ao processo de trabalho. Em meio à insatisfação dos trabalhadores, a resposta foi a ampliação da atuação médica através da intervenção sobre o “ambiente de trabalho”, tendo em vista o destaque a higiene industrial, através da “saúde ocupacional” marcada pela interdisciplinaridade. Assim, as normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho foram expressas no capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Este modelo também tem fundamentação na Norma Regulamentadora (NR 7) (MENDES; DIAS, 1991).

Mesmo incorporando a teoria da multicausalidade em que são considerados diferentes fatores de risco para produção de doença, as ações ainda se mantinham restritas e pontuais sobre os riscos mais evidentes, em detrimento daqueles que pudessem representar proteções para a coletividade (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Nota-se o pouco progresso para saúde ocupacional, principalmente por ainda não concretizar o apelo à interdisciplinaridade, não acompanhar o ritmo da transformação dos processos de trabalho e continuar abordando o elemento trabalhador ainda como “objeto” das ações (MENDES; DIAS, 1991).

Na Constituição Federal (CF) de 1988, são resgatados pressupostos legais visando à garantia da dignidade e da vida no trabalho. A partir deste instrumento legal, ainda que, com ações fragmentadas e superpostas, nasce o campo de saúde do trabalhador/a, área que possui conotação própria. A princípio como uma meta, depois como compromisso de mudança de um complicado quadro de saúde da população trabalhadora que, limitada ao percurso próprio de movimentos sociais, quase sempre, esbarram em interesses econômicos e políticos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Assim, a Saúde do/a Trabalhador/a é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque

teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) nas relações trabalho e saúde-doença numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais, e tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da saúde ocupacional, o objetivo então é superá-los (TAMBELLINI, et al., 1986).

Na contramão das mudanças que vinham acontecendo no capitalismo e seus impactos no mundo do trabalho, a experiência do movimento operário italiano, nos anos 60, recolocou a centralidade do/a trabalhador/a no processo de trabalho e contribuiu para a construção de um novo conceito para a saúde no trabalho. A saúde do/a trabalhador/a passa a ser considerada em sua dimensão política, sendo a busca pela transformação da realidade do trabalho, a base do modelo de intervenção (ANDRADE, 2009).

Como principal característica, a saúde do/a trabalhador/a pode ser pensada como o processo saúde e doença dos indivíduos e sua relação com o trabalho. Importa um empenho para compreensão deste processo e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à modificação em direção à dimensão humana do trabalho. A saúde do trabalhador rompe com a visão hegemônica do vínculo causal entre a doença e um agente causador (unicausalidade), ou a um grupo de fatores de risco presentes (multicausalidade) no ambiente de trabalho e tem enfoque que situa sua determinação social (MENDES; DIAS, 1991).

É necessário compreender a complexidade das questões referentes à saúde dos trabalhadores para além da clínica e da toxicologia, é necessário um modelo que incorpore a questão ambiental, considerando as novas situações de produção, com destaque às questões pouco exploradas indicativas de atenção à saúde e os processos de vigilância (GOMEZ; LACAZ, 2005).

É importante desvelar o processo de trabalho sob a ótica capitalista e suas consequências como sobrecargas, fruto da interação dinâmica de "cargas" sobre os corpos que trabalham. Visitar a proposta da saúde do trabalhador é recuperar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores, como doenças e acidentes.

Em sua proposta metodológica para compreensão de ambientes produtivos, Laurell e Noriega (1989) incorporaram na análise histórico-econômica da relação trabalho e saúde, os aspectos laborais específicos de cada contexto, sugerindo a aplicação de categorias analíticas:

“cargas de trabalho” e “processo de desgaste”. Estes conceitos representam algo relacionado aos trabalhadores e que vieram representar os elementos para radicalização da ruptura com os velhos modelos teórico-metodológicos de investigação do processo saúde-doença dos trabalhadores.

Uma carga de trabalho é uma propriedade de um processo de trabalho, cuja presença no ambiente pode aumentar a possibilidade de que um grupo de trabalhadores que estejam expostos experimente um maior desgaste psicobiológico, quando comparados àqueles que não foram expostos, ou tiveram exposições diferentes (FACCHINI, 1994).

O desgaste, por sua vez, seria a perda da capacidade efetiva, biológica e psíquica. Por isso, não se refere a um processo privado, mas sim ao conjunto dos complexos processos biopsíquicos. Os grupos de “cargas” seriam as físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas, psíquicas e biológicas (LAUREL; NORIEGA, 1989)

A partir da compreensão de que as cargas de trabalho são determinadas pelo processo de organização do trabalho, compreende-se a relevância da vigilância em saúde entre os grupos de trabalhadores e que sua importância reconhecida pode oportunizar justamente barreiras à exposição às diferentes cargas que possuem formas de proteção.

Assim, o termo ‘prevenir’ tem o sentido de “adotar medidas antecipadamente, evitar, precaver-se” (FERREIRA, 1988, p.56). Já a prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença.

É possível, desta forma, diferenciar os conceitos considerando de forma mais ampla a primeira como o conjunto de ações direcionadas a evitar o surgimento das doenças, e a segunda, considerando prevenção como um conceito mais amplo, como aquela que enfatiza as transformações que devem ocorrer nas condições de vida e de trabalho, visando aumentar o bem-estar, não se relacionando a doença (CZERESNIA, 2009; SILVA; RODRIGUES, 2010).

É relevante refletir acerca da utilidade de conceber o controle de agravos à saúde como um conjunto de medidas de prevenção. ‘Promover’ tem o significado de fomentar, fazer avançar, trabalhar a favor de (FERREIRA, 1988). Logo, as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência

e prevalência nas populações. O apoio ao discurso preventivo e os conceitos epidemiológicos modernos tem como importante objetivo a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2009).

Os impactos provenientes das políticas firmadas na lógica capitalista e da nova configuração do mundo do trabalho são evidenciadas, inclusive, e principalmente, no campo da saúde e do trabalho. As políticas nacionais passaram a conceber elementos neoliberais e deixaram o recorte social que vinham adquirindo em sua essência (COSTA et al., 2013).

As ações de prevenção se amparam de diferentes pontos de vista teóricos e metodológicos, através de maior ou menor gravidade sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Por conta disto, como integrante da Saúde Coletiva, a área de Saúde do/a Trabalhador/a firma-se como ambiente interdisciplinar e que interpreta o trabalho como um dos determinantes sociais da saúde mais relevantes. Dentre os diferentes caminhos dentro do campo da saúde dos trabalhadores, ganha destaque também o processo saúde doença dos trabalhadores do setor saúde, expostos a diferentes processos de adoecimento.

O trabalho no setor de saúde e os determinantes sociais (DSS)

No decorrer da história, as concepções de saúde-doença, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento do trabalho, a divisão do trabalho e, também, o processo de formação profissional e de produção de conhecimentos se transformaram. Essas práticas desenvolvem-se em sociedades específicas, sendo influenciadas pelo modo de produção hegemônico, pela cultura e pela forma de organização das diferentes sociedades. O trabalho em saúde faz parte da esfera da produção imaterial, pois se completa no ato de sua realização. Contando com a participação de diversos trabalhadores, pode ser chamado de coletivo, e envolve características tanto em sua forma assalariada e fragmentada, quanto artesanal (PIRES, 2000).

São considerados trabalhadores da saúde indivíduos que estabelecem de forma direta, ou não, vínculo para prestação de serviços de saúde, dentro de estabelecimentos que de-

envolvem atividades de saúde, sendo que estes não possuem necessariamente formação específica para o desempenho de funções referentes ao setor (PAIM, 1994).

O padrão produtivo do Brasil se caracterizou pela incorporação de novos objetivos, pelas inovações tecnológicas e pela intensificação do uso de diferentes tecnologias, como também devido à descentralização da produção de algumas consequências para os trabalhadores, como aumento do desemprego, concentração de renda, desigualdade e pobreza, além da precarização do trabalho (PIRES, 2000).

Os direitos conquistados ao longo do tempo são colocados como impeditivos da “flexibilidade produtiva”, que requer disponibilidade de tempo parcial do profissional o que estimularia a necessidade de serviços terceirizados e aumentaria as possibilidades de trabalho precário. Antunes (1996) denomina essas atividades como “subtrabalho”, pois são autodestrutivas. A precarização, a redução dos direitos e a reformulação das condições gerais do contrato de trabalho são explicadas pela flexibilização que tem seu fundamento no desemprego estrutural que assola toda a sociedade (GUERRA, 2010).

No Brasil, o modelo econômico é capitalista e, por isso, dependente do desenvolvimento industrial, que se estabelece mediante incorporação de tecnologias pesadas, sem mecanismos que tornem menos avassaladora a prática empresarial. Neste contexto, as consequências danosas à saúde são presentes, o que, junto à grande disponibilidade de mão-de-obra sem emprego, coloca-nos no mais retrógrado dos modelos, o da substituição do trabalhador doente (VASCONCELOS, 1995).

O setor saúde, no Brasil, em especial na década de 90, foi afetado pelas ações governamentais decorrentes da política de “Reforma do Estado”, apontada como necessária para o processo de modernização e inserção do país de forma competitiva no cenário internacional.

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante organização popular, através do movimento de reforma sanitária, representou significativa transformação social ao Brasil. O SUS universalizou o acesso gratuito à saúde, ampliando a atenção primária à saúde, com ações voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e a reabilitação. Traçou-se, através dele, a direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. Mediante sua regulamentação através da lei 8.080 de 1990, é estabelecida atuação do sistema em diferentes áreas, inclusive na atenção à saúde do

trabalhador.

Apesar dos trabalhadores da atenção primária e de média complexidade se constituírem uma expressiva força de trabalho, no contexto da atenção à saúde no SUS e do país, ainda é incipiente o número de estudos sobre condições de trabalho e saúde destes grupos.

O trabalho na atenção primária norteia-se pelos princípios da universalidade, da equidade, da acessibilidade, participação social, vínculo e continuidade, da integralidade e da humanização, além de estar orientada por uma gama de ações de saúde, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos para o indivíduo e a coletividade (BRASIL, 2010).

A sua prática profissional é desenvolvida a partir do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas com base no trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007).

A média complexidade por sua vez, é compreendida como o conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que são caracterizados pelos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e especialidades médicas. Diferente da atenção primária, marcada pela lógica de serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a média complexidade possui característica que a individualiza por ser regionalizada e inserida na lógica das especialidades e internações (PIOLA; VIANA, 1995).

O Ministério da Saúde definiu média complexidade como o conjunto de "ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e terapêutico" (BRASIL, 2004).

Entendendo a configuração deste serviço, faz-se relevante discutir a situação de vida, saúde e condições de trabalho dos indivíduos inseridos nesses novos modelos de atenção envolvendo atenção primária à saúde e de média complexidade. Tendo em vista que esta necessidade se constitui como premissa importante para o fortalecimento das ações adequadas na vigilância a saúde do/a trabalhador/a, uma vez que pouco se sabe sobre o perfil dos trabalhadores da

saúde, e que geralmente, são incluídos nos estudos como fazendo parte da atenção terciária, dentro do contexto hospitalar.

No Brasil, entre 2008 e 2009, cerca de 2 milhões de profissionais, incluindo médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, estavam vinculados ao setor saúde. A partir dos dados de 2008, foram estimados 2,5 milhões de empregos formais privados e da administração pública, vinculados à saúde humana, núcleo do setor saúde (BRASIL, 2009).

Mas, a realidade do trabalhador hoje, e sua forma de admissão no mercado de trabalho tem sido marcada, muitas vezes, por nenhuma proteção social, renda inferior a mínima necessária, baixa escolaridade, vínculos frágeis ou ausência de vínculo de trabalho, jornadas de trabalho extensas e exposição às diferentes riscos biopsicossociais e físicos, trabalho envolvendo periculosidade e, no caso dos trabalhadores do setor saúde, riscos ocupacionais relacionados à exposição à material biológico (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012).

Estudo recente destacou lacuna na oferta de dados referentes ao impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores, considerando o número elevado de agravos à saúde. Há uma dissociação de ações e programas de investimento públicos visando à reorganização das condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores. O envolvimento dos trabalhadores não tem sido constante, o que mostra certa ambiguidade no seu desempenho (MACHADO; SANTANA, 2011).

Das medidas utilizadas para viabilizar a reforma do Estado brasileiro, observou-se grande impacto naquelas relacionadas às áreas de recursos humanos da saúde, pois foram modificadas consideravelmente as relações dos vínculos trabalhistas, os direitos e as vantagens na carreira do serviço público. Esses impactos foram negativos, aumentando as deficiências acumuladas e proliferando os vínculos precários de trabalho (PIERANTONI, 2001). O aumento da força de trabalho em saúde deparou-se com uma realidade social nova, concebida pela crescente informalidade do trabalho. O SUS seguiu a tendência geral de desregulação do trabalho, marcada pela subtração de alguns direitos dos trabalhadores no campo da seguridade social e da legislação do trabalho (NOGUEIRA, 2002).

O novo paradigma da produção capitalista gera novas formas de relação de trabalho que enfraquecem o poder de reivindicação coletiva dos trabalhadores e reduz o papel do Estado

nas relações de trabalho, o que diminui a regulação e, conseqüentemente, a proteção social (ANDRADE, 2009).

A saúde dos trabalhadores do SUS, desde 2011, conta com uma portaria do Ministério da Saúde que prevê as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde. A política tem o objetivo de apresentar as necessidades de adequações dos ambientes sanitários, tendo em vista a proteção dos trabalhadores implicados na assistência aos usuários (BRASIL, 2011). A proteção dos trabalhadores precisa estar relacionada com o perfil do seu setor de trabalho, mas também as especificidades relacionadas aos aspectos culturais, bem como aqueles relacionados ao gênero.

Para dar suporte ao estudo das questões relacionadas ao trabalhador do setor saúde, é necessário considerar que o processo saúde doença deste grupo é influenciado por uma gama de aspectos vinculados ao trabalho e outros relativos à vida fora dele.

O ser humano é um ser social, colocado no processo de trabalho e deve ser levado em consideração que ele, quase sempre, está sob o risco de acidentes ou doenças, mas a sua saúde vai além da análise de causalidade ou multicausalidade e do ambiente de trabalho onde está inserido. Há de se considerar aspectos biológicos, físicos, psicológicos e sociais, pela sua complexa interação na vida e conseqüentemente na saúde do indivíduo e da coletividade (ANDRADE, 2009).

Para destacar a importância dos DSS, faz-se necessária mostrar conceitos e definições iniciais que foram ganhando forma ao longo do tempo. As diversas definições, atualmente bem generalizado, podem ser analisadas com base na Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). Para a comissão, os determinantes são os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para a Organização Mundial da saúde (OMS), os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham uma definição bem mais objetiva. Nancy Krieger (2001), de forma semelhante, definiu que os DSS são fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas na informação.

A CNDSS adotou o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, que esboça as relações entre os múltiplos níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Este modelo compreende os DSS dispostos em distintas camadas, segundo seu plano de abrangência, desde uma camada mais adjacente aos determinantes individuais até uma camada distal em que se situam os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais. No nível intermediário, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, incorporando determinantes relacionados, entre outros, ao ambiente, serviços essenciais de saúde e educação (Figura 1).

Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007.

Um dos desafios em estabelecer hierarquia de determinação e caracterização de um possível perfil de morbimortalidade dos trabalhadores do setor saúde da atenção primária e média complexidade é a incipiência dos dados de notificação de agravos à saúde dos trabalhadores, principalmente do setor saúde, mesmo tendo em vista a publicação da Portaria nº 777/2004, que estabelece 11 (onze) agravos à saúde do trabalhador de notificação compulsória, sendo um deles relacionado a acidente com exposição a material biológico (BRASIL, 2004b).

Além do fator relacionado à limitação das informações, há também outras dificuldades para se conseguir sucesso no controle dos riscos à saúde nesse setor, como responsabilidade do

empregador ou a falta de programas de prevenção bem planejados. Neste contexto, reitera-se também a dificuldade do Estado em exercer seu papel na vigilância de ambientes de trabalho.

A vigilância em saúde do/a trabalhador/a

A vigilância em saúde não é apenas prevenção e controle de doenças, mas se configura principalmente como uma atividade que vai desde a promoção da saúde até a prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (PINHEIRO, 1996). Apesar da diversidade de conceitos relacionados à vigilância no SUS, o eixo comum é a abertura para a epidemiologia, seja na sua contribuição para a análise dos problemas de saúde, seja no âmbito do planejamento e organização de sistemas e serviços, tendo em vista a incorporação de práticas e modelos de atenção mais atuais (TEIXEIRA, 1998).

A concepção do Ministério da Saúde a respeito de vigilância:

“uma forma de pensar e agir, tendo como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas de saúde existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para a mudança do modelo de atenção.” (BRASIL, 2008, p.06)

A Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a (VISAT) vem se colocando como importante tema de estudo e de inquietação teórica e prática para diferentes atores sociais. Mesmo tendo surgido como proposta no setor saúde, na década de 1980, a VISAT traz elementos da experiência internacional e nacional de vigilância sanitária e epidemiológica, vigilância à saúde no trabalho, e do movimento italiano e latino-americano da saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

A relação do processo de trabalho com a saúde deve ser compreendida como campo de atuação e visa a articulação entre o controle de exposição à desfechos, combinando componentes da vigilância sanitária e epidemiológica sob abordagem interdisciplinar, incorporando a avaliação de riscos através da epidemiologia, as condições de vida dos trabalhadores, bem como das organizações. Logo, é considerado um processo social contínuo que conta com diferentes atores (BALISTA; SANTIAGO; CORRÊA FILHO, 2011).

Sendo a VISAT uma ação de saúde pública e, portanto, vinculada de forma capilar ao Sistema Único de Saúde, é necessário pensar numa vigilância voltada para a saúde no trabalho vinculado às demais estruturas necessárias do aparelho de Estado, para dar conta de seu objetivo maior: atentar e intervir nos processos e ambientes de trabalho em que existam fatores determinantes de perda da saúde da população que trabalha.

A VISAT tem um ponto de partida institucionalizado e legitimado que é a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A RENAST é constituída pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). São os CEREST que desencadeiam a VISAT e seu papel se torna árduo porque não são os CEREST os executores exclusivos da VISAT. Eles são à base de conhecimento técnico e legal, inclusive na formação de agentes de vigilância, para que a VISAT possa ser incorporada às estruturas formais com poder de intervenção (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Diante da crescente quantidade de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, a VISAT deveria ser considerada como um fio condutor de transformações nos ambientes e processos produtivos (BRASIL, 2011).

No entanto, acredita-se que processos de vigilância precisam ter participação dos trabalhadores e trabalhadoras envolvidos nos diferentes processos de trabalho para que se garanta que as ações traduzam suas necessidades e, por isso, validadas. As ações em andamentos das equipes de VISAT poderão assim ter continuidade pelos próprios trabalhadores que deverão ir incorporando as mudanças do mundo do trabalho (DALDON; LANCMAN, 2013).

Conclusões

A exploração científica e o conhecimento acerca do processo de trabalho e da saúde-doença são importantes por permitir análises da realidade social e das necessidades de saúde e condições de vida dos/as trabalhadores/as no ambiente de trabalho.

O processo de trabalho e a saúde do/a trabalhador/a, através do desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e a relação de multicausalidades estabelecidas entre a saúde, doença e ambiente tornam-se importantes marcos evolutivos para a saúde coletiva, na medida em que, o processo de trabalho tem sido ampliado, e os contextos de relações causais tem permitido o

reconhecimento das condições de vida e saúde assim como as relações sociais estabelecidas por esses trabalhadores.

Compreender e refletir como o processo saúde-doença e o trabalho estão articulados e como vêm sendo discutidos ao longo dos anos é premissa básica para futuras pesquisas e intervenções. Nesse sentido, o/a trabalhador/a precisa atuar arduamente nesse processo sinalizando a realidade vivenciada, lutando por melhores condições de trabalho e revelando pontos fortes e fracos que podem determinar esse contexto social.

Referências

ANDRADE E. T. **O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da integralidade.** [dissertação], Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arauca. 2009

AROUCA, A. S. S., 1976. **A história natural das doenças.** Saúde em Debate, v .1, p. 15-19.

ASSUNCAO, A. Á; MACHADO, A. F; ARAUJO, T. M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 29, n. 1, Jun. 2012.

BALISTA, S. R. R; SANTIAGO, S. M; CORREA FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, Apr. 2011 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 dez. 2010.

BRASIL. **Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador.** Portaria MS nº 3120. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde.** 2ª edição revisada. 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta**

Complexidade no SUS. Brasília: CONASS (Coleção Progestores, 9). 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil:** monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777.** 2004b.

_____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. **Indicadores de recursos.** 2009. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/lis/resource/27027>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 02 de dezembro de 2011.** Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília. 2011.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho,** 2011. Brasília: MTE; MPS, 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1602>>. Acesso em: 16 maio 2014.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Abr. 2007.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

COELHO, M.T. Á. D; ALMEIDA FILHO, N de. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Jun. 1999.

COSTA, D; LACAZ, F. A. C; JACKSON FILHO, J. M; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

DALDON, M.T.B; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 38, n. 127, p. 92-106, June 2013 .

FACCHINI, L. A. **Uma contribuição da Epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador.** In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R.; BUSCHINELLI, J.T.P.

(Orgs.). Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 672p. p. 178-186. 1994.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p. 214.

FRIAS JÚNIOR, C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: diagnóstico e proposta/ Carlos Alberto da Silva Frias Júnior**. [dissertação de mestrado] – Rio de Janeiro, 1998.

GOMEZ, C. M; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005.

GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 104, Dec. 2010.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste Operário**. São Paulo. Hucitec, 1989. 333p.

LEAVELL, H. R; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1978.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J Epidemiol Community Health**; v. 55, p. 693-700, 2001.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2,1997.

MARX, K, 1818-1883. **O capital: crítica da economia política: livro terceiro: o processo global de produção capitalista** . 3.ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2013.

MACHADO, J. M. H., GOMEZ, C. M. **Acidentes de trabalho: concepção e dados**. In : MINAYO, M.C.S. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

MACHADO, J. M. H.; SANTANA,V. (Orgs.). **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia, 2011.

MACHADO, J. H; ASSUNÇÃO, A.Á (Orgs.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva e Social,

da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2012. 164p.

MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, Oct.1991.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico, 1979**. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia Política: Uma introdução Crítica**. São Paulo: Cortez, 2008.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização**. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp. 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendación sobre los servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo** (Recomendación no 112 de la OIT adoptada en 24 de junio de 1959). In: Convenios y recomendaciones (1919-1966). Ginebra, p. 1054-8. 1966.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, p. 341-360.2001.

PIOLA, S. F; Viana, S. M, (Orgs). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA; 1995.

PINHEIRO, T. M. M. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. [Tese apresentada a Universidade Estadual de Campinas]. Faculdade de Ciências Médicas. 1996.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 53, p.251-63. 2000.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, 2010.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 29-41, Apr. 2007.

TAMBELLINI, A. T, PORTO, M. F. S, GALVÃO, L. A. C, MACHADO, J. M. H. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador**: análises e perspectivas. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 1986.

TEIXEIRA, C. F, PAIM J. S, VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância em saúde. **IESUS**. v. 11. n.2.1998.

VASCONCELOS, F. D. Uma visão crítica do uso de padrões de exposição na vigilância da saúde no trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.11, n.4, p.588-599, Dez. 1995.

VASCONCELLOS, L. C. F de; GOMEZ, C. M; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, Dez. 2014.

Internações por condições sensíveis à atenção primária

Silvaneide Gonçalves Santana Leite

Jacqueline Reiter de Oliveira

Margarete Costa Helioterio

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza pela promoção, prevenção e proteção da saúde por meio do diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde no âmbito individual e coletivo, objetivando uma atenção integral que impacte na situação de saúde, autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade. A APS é considerada como a principal porta de entrada dos usuários e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012; ORRICO et al., 2014).

Devido à complexidade de seu atendimento à APS une elementos clínicos, ambientais, culturais, sociais e psicológicos além da prevenção, promoção e educação permanente em saúde na longitudinalidade da vida. Isto significa um desafio acrescido para a execução do cuidado integral (JUNGES; BARBIANE, 2012). A APS aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo os serviços de prevenção cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar coletivo, sendo responsável pela organização e racionalização de todos os recursos, sejam eles básicos ou especializados, direcionados para promoção e manutenção da saúde de toda comunidade (STARFIELD, 2002).

A atenção à saúde eficaz não deve ser limitada simplesmente ao tratamento da enfermidade. Sendo assim, o profissional da APS deve integrar a atenção para uma ampla variedade de

problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo. Estudos demonstram a efetividade da APS, evidenciando seu alto potencial de resolutividade refletida nas diminuições de internamentos, redução da mortalidade infantil, e melhores chances de vida (STARFIELD, 2002; CARDOSO et al., 2013).

Mundialmente, observa-se uma série de investigações sobre indicadores de atividade hospitalar como marcadores de resultados da qualidade dos cuidados primários de saúde. O uso desses indicadores para determinar a qualidade da APS foi inicialmente estudado nos Estados Unidos e em seguida em outros países, sendo precioso para o monitoramento e a avaliação das ações de promoção à saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

Os indicadores de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) tem abordagens diferenciadas em todo mundo. Estudiosos europeus se atentam às morbidades sensíveis à atenção primária e a validação desta lista. Nos Estados Unidos, são realizadas comparações entre usuários portadores de seguro saúde, ao tipo deste seguro, aos custos destas internações para o seguro, análise de gênero e etnia e dos serviços das APS nas internações potencialmente evitáveis. A preocupação brasileira está voltada para uma avaliação mais efetiva dos efeitos do modelo da APS (MOURA et al., 2010).

As CSAP representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a eficaz ação da APS diminuirá os riscos de hospitalização. Alfradique e colaboradores (2009) afirmam que altas taxas de internações por CSAP em uma determinada população podem indicar falhas no sistema de saúde tais como: baixa cobertura ou baixa resolutividade dos problemas que acometem a população adscrita.

Estudo recente mostra que a avaliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de necessária, pode ser considerada uma tarefa difícil de ser implementada devido a fatores como a extensão territorial e a diversidade cultural do País, que contribuem para a dificuldade de institucionalização do processo avaliativo nesses serviços. Dessa forma, a avaliação realizada deverá levar em consideração o fato dessa estratégia está em contínua implementação, exigindo a inserção de novos critérios, além de reconhecer os possíveis vieses existentes (PINTO-JUNIOR et. al., 2015).

Para tanto traçamos como objetivo geral deste estudo: descrever o perfil epidemiológico das ICSAP em Santo Antônio de Jesus-BA, nos anos de 2009 a 2014; e especificamente:

estimar a proporção de ICSAP em Santo Antônio de Jesus; Identificar os principais grupos de causas de ICSAP e estimar a proporção de ICSAP de acordo com sexo, idade e raça/cor.

A escassez de estudos nessa área impede, de maneira significativa, o fortalecimento da Atenção Primária e melhorias no acesso e na qualidade dos serviços ofertados para a população dessa região. Partindo dessa lacuna, este capítulo traça o perfil epidemiológico das ICSAP, demonstrando desta maneira a efetividades ou a carência das ações da Atenção Primária no município de Santo Antônio de Jesus, uma vez que após uma década e meia de implantação ainda não se sabe a real efetividade desse serviço para a população, o que contribuirá de maneira efetiva para a realização de novas estratégias e políticas de saúde coletiva.

Dentro da proposta da pesquisa foi realizado um estudo do tipo ecológico de série temporal, que tem como unidade de análise o número de internações de CSAP nos anos de 2009 a 2014, utilizou o banco de dados do SIH/SUS onde estão dispostas informações agregadas sobre internações na rede de serviços hospitalares que compõem a alta complexidade do SUS. Consideraram-se como unidade de análise os casos de internamentos pertencentes a uma área geográfica definida, neste caso a população (residentes) de Santo Antônio de Jesus, de onde se originaram as internações para os anos de 2009 a 2014.

As internações por condições sensíveis à atenção primária em Santo Antônio de Jesus

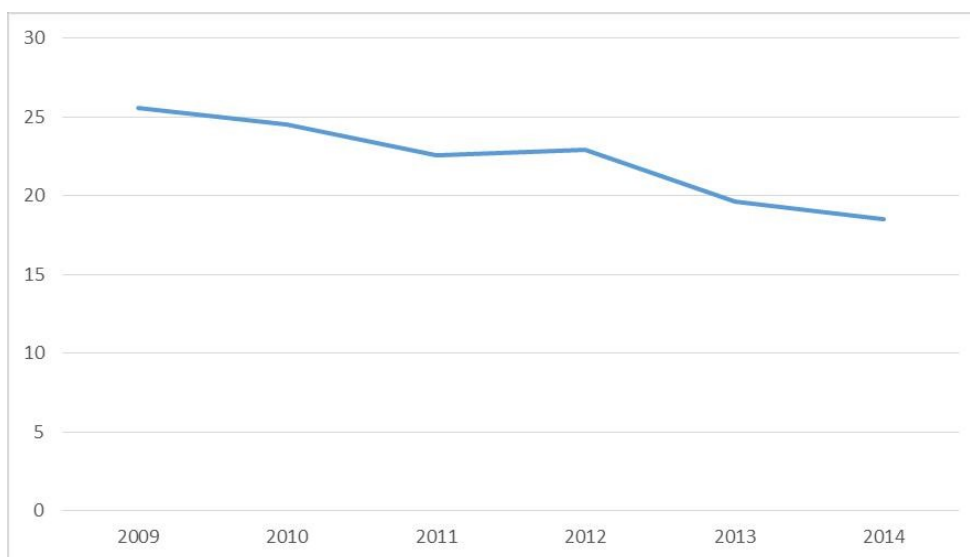
Este estudo avaliou as Internações realizadas pelo SUS por CSAP na cidade de Santo Antônio de Jesus/BA, no período de 2009 a 2014. Na base de dados do SIHSUS foram registrados um total de 39.448 internações, destas, 8.761 (22,2%) foram por CSAP. A cidade de Santo Antônio de Jesus apresentou nesse período uma proporção de cobertura de atenção básica que variou respectivamente em: 78,6%; 82,5%; 81,6%, 79,6%; 74,9% e 77,8% nos anos de 2009 a 2014 (DATASUS, 2016).

Ao analisar o número de internações por CSAP, verifica-se em Santo Antônio de Jesus que a frequência de CSAP variou de 16,7 internações por 1000 hab./ano a 12,3 internações hab./ano. Municípios da Grande São Paulo variam de 6,9 por 1000 hab./ano a 31,2 internações

por 1000hab/ano. Assim, Santo Antônio de Jesus apresenta menor relação de internação por CSAP por habitantes do que grande parte dos municípios da região metropolitana de São Paulo (REHEN; EGRY, 2011). A proporção de ICSAP (22,2%) de Santo Antônio de Jesus é menor do que a verificada em outros estudos realizados no Brasil. O estado de Minas Gerais, por exemplo, apresentou um total de 33% e o município de Bagé 43% (NEDEL *et al*, 2008).

Apesar de a cobertura ser um indicador importante para explicar as tendências de internamento por causas evitáveis por atuação da atenção primária, outras questões influenciam o acesso aos serviços de saúde e qualidade do cuidado ofertado. Por este motivo, muitos profissionais da APS criticam e resistem a este tipo de avaliação, pois defendem a existência de fatores determinantes da hospitalização como características dos pacientes, a variabilidade da prática clínica hospitalar e as políticas de admissões; os quais na maioria das vezes fogem do controle do profissional da APS, o que gera limitações a este indicador para ser utilizado na avaliação do primeiro nível de assistência (REHEM *et. al.*, 2011). A Figura 1 mostra a tendência de redução no número de ICSAP no município de SAJ o que pode ser justificável por prestação de serviços de qualidade e de boa efetividade da APS.

Figura 1: Evolução da proporção de internação por CSAP. Santo Antônio de Jesus, Bahia. 2009 a 2014..



Fonte: SIHSUS/MS, 2016.

A Tabela 1 apresenta as principais causas e tendências de internações por CSAP. Verificou-se uma redução de 89,5% de internações por asma, gastroenterites infecciosas (65%) e hipertensão (52%), o que é esperado para uma atenção primária que é centrada na efetividade e qualidade dos serviços oferecidos. Porém, ainda se depara com o aumento de doenças preveníveis por imunização que tiveram um incremento de 12,5%. As infecções de pele e tecido subcutâneo obtiveram maior crescimento no período (800%), seguidos por Pneumonias bacterianas (600%) e infecções de ouvido, nariz e garganta (500%).

Nos anos de 2012 a 2014, as gastroenterites infecciosas e suas complicações foram responsáveis por 22,2% das internações por CSAP, liderando a principal causa de ocupação de leitos hospitalares no período estudado, seguida pelas doenças cerebrovasculares (11,2%) e pela insuficiência cardíaca (11,0%). A partir de 2011 se observa uma redução considerável das internações por gastroenterites, passando a ocupar o quarto lugar em 2014.

Tabela 1: Perfil e variação percentual das internações por CSAP. Santo Antônio de Jesus, Bahia.

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS	Evolução das Internações por CSAP						VP* (%)
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Doenças preveníveis por imunização	8	3	8	2	4	9	12,5
Gastroenterites Infecciosas e complicações	380	392	404	366	269	134	-65
Anemia	7	8	6	11	5	9	28,6
Deficiências nutricionais	30	18	9	32	26	19	-0,2
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	0	4	5	10	6	500
Pneumonias bacterianas	2	3	10	23	41	14	600
Asma	228	227	170	145	23	24	-90
Doenças pulmonares	48	29	39	23	53	62	29,1
Hipertensão	160	103	136	108	43	77	-52
Angina	17	10	21	128	114	84	394
Insuficiência cardíaca	163	158	162	137	176	167	2,5
Doenças cerebrovasculares	77	135	173	214	166	214	178
Diabetes mellitus	181	123	179	179	143	148	-18
Epilepsias	27	24	34	51	76	70	159
Infecção no rim e trato urinário	96	137	170	158	146	131	36,5
Infecção da pele e tecido subcutâneo	2	30	52	27	22	18	800
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	15	17	16	11	8	11	-27
Úlcera gastrointestinal	29	13	10	4	15	19	-35
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	10	5	7	15	19	21	110
TOTAL	1481	1435	1610	1639	1359	1237	

Fonte: SIHSUS/MS, 2016. *Variação Percentual.

Pesquisa realizada no Brasil em 2010 demonstrou que as gastroenterites e suas infecções são as principais causas de internação em menores de 20 anos (MOURA et al., 2010). Diferentemente, um estudo realizado em Florianópolis identificou a Pneumonia como a principal causa de ICSAP seguida das doenças cerebrovasculares (BRASIL; COSTA, 2016). Já no Distrito Federal a principal causa de internamento foram as infecções do rim e trato urinário (CAVALCANTE, 2014). Uma investigação realizada em Minas Gerais mostrou que a insuficiência cardíaca foi a principal causa de internação nos anos de 2000 e 2010, seguidas pelas gastroenterites. Destaca-se também um aumento significativo de doenças como: angina pectoris, doenças relacionadas ao pré-natal e parto e infecções do rim e trato urinário (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013).

Estudos realizados em Curitiba e Divinópolis verificaram as doenças do aparelho circulatório como principal causa de ocupação dos leitos hospitalares (REHEM et. al., 2013; CARDOSO et. al., 2013). Esses achados evidenciam diferenciais entre as causas de internamento por Condições Sensíveis a Atenção Primária por regiões brasileiras, o que pode ser associados às desigualdades sociais, de acesso e qualidade dos serviços de saúde encontrados em diferentes regiões do País.

Em contrapartida, percebe-se que as doenças que menos internaram no período foram: infecções de ouvido nariz e garganta (0,3%), seguida pelas imunopreveníveis (0,4%) e a anemia (0,5%). Esses resultados podem guardar alguma relação com as estratégias de fornecimento gratuito de ferro e a expansão do calendário e da cobertura vacinal. Hoje temos no Brasil um calendário completo recomendado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização no qual é possível realizar uma avaliação dinâmica dos riscos de surtos e epidemias a partir dos imunobiológicos aplicados e da quantidade de vacinas aplicadas, permitindo o controle do estoque e a previsão dos pedidos posteriores. O trabalho do ACS também é de grande valia, pois esses realizam a busca ativa dos faltosos à sala de vacinação além de realizarem orientação em todos os domicílios.

Essas estratégias permitem a garantia da imunização em quase 100% das crianças menores de dois anos. Assim como o fortalecimento das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com a disponibilização gratuita de ferro, de seis meses aos dois anos de idade. Por outro lado, chama a atenção a instabilidade nos internamentos por

doenças preveníveis por imunização. Registrou- em Santo Antônio de Jesus no ano de 2014 01 (um) caso de coqueluche, 03 (três) casos de tuberculose pulmonar e 05 (cinco) casos de febre reumática (DATASUS, 2016).

Queda nas taxas de internamento por gastroenterites infecciosas e suas complicações e das deficiências nutricionais podem ser justificadas pela Política Intersetorial como o Programa Bolsa Família; ampliação de ações educativas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e o acompanhamento nutricional, que são medidas voltadas para o melhoramento nutricional da população em geral. Contudo, as gastroenterites ainda são responsáveis pela maior parte da ocupação dos leitos hospitalares, na cidade estudada, por condições evitáveis pela APS.

Assim como na região Norte e Nordeste do Brasil, as condições socioeconômicas estão intimamente relacionadas com o aumento do risco de se adquirir doenças infecciosas, o que remete à precariedade de políticas públicas de saneamento básico que impacte na redução das faixas de pobreza e ampliação com qualificação da Atenção Primária (MOURA et. al., 2010).

Apesar da redução de mais da metade das internações por hipertensão e suas complicações, e de 18,2% da diabetes mellitus, esses agravos permanecem como importantes problemas de saúde pública no conjunto de causas de internações por CSAP, ocupando sétima e quarta posição respectivamente. Porém, é necessária a ampliação cobertura e do acesso a exames laboratoriais, eletrocardiograma e hemoglobina glicada, ampliação na disponibilização dos insumos (medicamentos, seringas e agulhas, glicosímetro), entre outras estratégias contribuindo assim para a queda dessas taxas, além de instrumentos básicos para teste de sensibilidade protetora para prevenir complicações como o pé diabético e adesão à consulta da (o) enfermeira(o).

Outra questão importante é garantia de insumos básicos nas unidades de saúde para monitoramento da pressão arterial e glicemia como tensiômetros e glicosímetros. Muitos desses instrumentos precisam de calibração, manutenção e reposição periódica, que nem sempre ocorre nos serviços de atenção básica.

Condições sensíveis à APS e gênero

Os resultados expressos na Tabela 2 mostram que das internações registradas por CSAP, não foi encontrada uma diferença expressiva entre os sexos sendo, 53,8% para o feminino e 46,1% para o masculino. Porém ao se analisar por grupo de causas, percebe-se que tanto o sexo masculino quanto o feminino são mais acometidos pelas gastroenterites (23,0% e 21,5%, respectivamente). Para as mulheres, o segundo lugar é ocupado pela diabetes mellitus (11,6%) seguido por infecção do trato urinário (11,2%), enquanto que no sexo masculino, o segundo lugar é ocupado pela insuficiência cardíaca (13,0%), seguido por doenças cerebrovasculares (12,0%).

Tabela 2: Distribuição das ICSAP segundo o sexo. Santo Antônio de Jesus-BA, nos anos de 2009 a 2014.

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS	FEMININO		MASCULINO		TOTAL
	n= 4717	53,8%	n= 4044	46,2%	
Doenças preveníveis - imunização	11	32,4	23	67,6	34
Gastroenterites Infecciosas	1013	52	932	48	1945
Anemia	27	58,7	19	41,3	46
Deficiências nutricionais	62	46,2	72	53,8	134
Infecções ouvido, nariz e garganta	14	53,8	12	46,2	26
Pneumonias bacterianas	40	43	53	57	93
Asma	480	58,7	337	41,3	817
Doenças pulmonares	133	52,3	121	47,7	254
Hipertensão	374	59,6	253	40,4	627
Angina	172	46	202	54	374
Insuficiência cardíaca	446	46,3	517	53,7	963
Doenças cerebrovasculares	501	51	478	49	979
Diabetes mellitus	547	57,4	406	42,6	953
Epilepsias	109	38,6	173	61,4	282
Infecção no rim e trato urinário	528	63	310	37	838
Infecção da pele, tecido subcutâneo	63	41,7	88	58,3	151
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	78	100	0	0	78
Úlcera gastrointestinal	47	52,2	43	47,8	90
Doenças (pré-natal e parto)	72	93,5	5	6,5	77
Total	4717		4044		8761

Fonte: SIHSUS/MS, 2016.

Estudo realizado no Maranhão observou que o sexo masculino é mais propício a internar por doenças cerebrovasculares (50, 58%) do que o sexo feminino (49, 13%) (FERNANDES

et al., 2013). Somado a isso, eles também têm menor contato com os serviços oferecidos pela Atenção Primária, seja por vergonha em ser atendido por profissionais em sua maioria mulheres, seja pela incompatibilidade de horário, com trabalho.

A tolerância e a aceitação da sociedade são maiores para as mulheres do que para os homens quando o assunto é cuidado em saúde e prevenção as doenças, o que favorece uma maior taxa de complicações na população masculina. Para diminuir essas lacunas, o governo vem criando estratégias como a Política Nacional de Saúde do Homem para aproximar esse público dos serviços de saúde.

Alguns estudos no Brasil mostram maior probabilidade de ICSAP no grupo de mulheres e crianças menores de cinco anos de idade, pessoas com menor grau de escolaridade, mais pobres e que sofreram internação no ano anterior (MOURA et al., 2010). Esses dados divergem dos encontrados no município de estudo, onde não houve diferenças entre os sexos. Sabe-se que embora as mulheres utilizem mais os serviços de saúde, isso faz com as intervenções sejam realizadas mais precocemente.

Caracterização das condições sensíveis a APS por grupos de idade

Neste estudo, identificou-se que as causas de ICSAP concentram-se em três capítulos da CID-10: Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório (Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Angina, Hipertensão); Capítulo X, Doenças do aparelho respiratório (doenças pulmonares, Asma, pneumonia); Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Diabetes, deficiência nutricional, anemia), e as demais em seus subgrupos (doenças preveníveis por imunização, gastroenterites, infecção de ouvido nariz e garganta, epilepsia, infecção do rim e trato urinário, infecção de pele e tecido subcutâneo, doenças inflamatória órgãos pélvicos feminino, ulcera gastrointestinal, doenças relacionada ao pré-natal e parto).

As Tabelas 3 e 4 demonstram que 36,1% das internações em menores de um ano são por gastroenterites infecciosas, seguidas por asma (21,4%) e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (11,4%), por outro lado não foram registrados casos de internações por doenças como angina, inflamação de órgãos pélvicos e doenças cerebrovasculares como é esperado para essa faixa etária. No grupo de idade de 1 a 14 anos as gastroenterites são responsáveis por

53% da ocupação de leitos hospitalares seguidas por asma (21,8%) e infecção do rim e trato urinário (7,4%).

No Piauí, os motivos de internação em menores de cinco anos no período de 2000 a 2010 foram as doenças do aparelho respiratório que lideraram o topo das internações no Estado, apesar de se observar uma queda significativa dessas doenças em menores de um ano no período analisado (BARRETO et. al., 2012). Em Santo Antônio de Jesus nos anos analisados, esse agravo ocupou o segundo lugar perdendo apenas para as gastroenterites nessa faixa etária.

Assim pode-se verificar que na faixa etária de 15 a 39 anos, a doença que lidera o motivo de internação são as gastroenterites. Estudo realizado no Brasil demonstra que essa problemática é a primeira causa de internação em menores de 20 anos (MOURA et. al., 2010), assim como na cidade de Santo Antônio de Jesus (tabela 4). Porém isso se modifica quando a faixa etária passa para os maiores de 40 e menores de 60 anos onde as doenças do aparelho circulatório como a insuficiência cardíaca aparecem como primeira causa de internamento (15,0%) ultrapassando as gastroenterites (13,4) e as doenças cerebrovasculares (12,8%) (Tabela 3).

Entre os maiores de 60 anos as doenças cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar com 19,5%, logo após vem o diabetes mellitus com 18,4% seguida da insuficiência cardíaca (16,6%), e que quando somadas as doenças do aparelho circulatório esse se torna responsável por 50,1% da ocupação dos leitos hospitalares, fato que gera aumento nas contas públicas por se tratar de doenças crônicas que quando não se consegue um acompanhamento multiprofissional e de qualidade, o resultado são pacientes sequelados por suas complicações.

A Tabela 3 mostra ainda que a maior parte das internações por CSAP ocorre entre os maiores de 60 anos com 38% do total das ICSAP. Essa é uma condição relevante em países como o Brasil onde a estimativa de vida é de 75,2 anos (IBGE, 2016). Semelhantemente, Marques e colaboradores (2014) em um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro verificaram qu/e as doenças que mais causam internamento em maiores de 60 anos são as doenças do aparelho circulatório.

Tabela 3: Distribuição das ICAP segundo faixa etária. Santo Antônio de Jesus-BA, 2009 a 2014.

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS	< 1 ano		1 a 14 anos		15 a 39 anos		40 a 59 anos		>60 anos		TOTAL
	n=299	%=3,4	n=1504	%=17,1	n=1615	%=18,5	n=2025	%=23,1	n=3318	%=37,9	
Doenças preveníveis por imunização	3	8,8	5	14,7	17	50	5	14,7	4	11,8	34
Gastroenterites Infecciosas e complicações	108	5,6	796	41	450	23,1	272	14	318	16,3	1945
Anemia	1	2,1	3	6,5	15	32,7	9	19,6	18	39,1	46
Deficiências nutricionais	3	2,2	15	11,2	15	11,2	31	23,2	70	52,2	134
Infeções de ouvido, nariz e garganta	2	7,7	10	38,4	5	19,2	1	3,9	8	30,8	26
Pneumonias bacterianas	10	10,7	27	29	12	13	13	14	31	33,3	93
Asma	64	7,8	329	40,2	176	21,6	118	14,4	130	16	817
Doenças pulmonares	26	10,2	34	13,3	19	7,5	38	15	137	54	254
Hipertensão	3	0,5	1	0,2	77	12,2	239	38,1	307	49	627
Angina	0	0	0	0	57	15	156	42	161	43	374
Insuficiência cardíaca	7	0,7	17	1,8	68	7	322	33,4	550	57,1	963
Doenças cerebrovasculares	0	0	2	0,2	72	7,3	259	26,5	646	66	979
Diabetes mellitus	8	0,8	13	1,4	69	7,2	251	26,3	612	64,3	953
Epilepsias	11	3,9	100	35,5	67	24	60	21,2	43	15,2	282
Infeção no rim e trato urinário	13	1,6	112	13,3	343	41	184	22	186	22,1	838
Infeção da pele e tecido subcutânea	3	2	36	24	37	24,5	31	20,5	44	29	151
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femin.	0	0	1	1,3	59	75,6	16	20,5	2	2,6	78
Úlcera gastrointestinal	3	3,3	2	2,2	17	19	17	19	51	56,5	90
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	34	44,1	2	2,6	41	53,3	0	0	0	0	77
Total	299		1504		1616		2022		3318		8761

Fonte: SIHSUS/MS, 2016.

Tabela 4: Ordenamento das principais causas de internamento por faixa etária. Santo Antônio de Jesus, Bahia. 2009 a 2014.

Faixa etária	Três principais causas
< 1 ano anos	1º Gastroe
01-14 anos	3º Doenças Pulmonares 2
15-39 anos	3º Infecções dos rins e trato urinário 2º Infecções dos rins e trato urinário 3º Asma
40-59 anos	1º Insuficiência
60 anos ou mais	3º Doenças cerebrovasculares 1º Doenças 3

Fonte: SIHSUS/MS, Dados populacionais IBGE.

Condições sensíveis à APS e o quesito raça/cor

Percebe-se que a questão de raça/cor ainda nos dias atuais não é um quesito valorizado pelos profissionais de saúde. A falta dessa valiosa informação impede o poder público de traçar estratégias voltadas para as questões raciais na saúde. Neste estudo 64,4% dos indivíduos internados não informaram a sua cor podendo ser por vontade própria ou por falta de oportunidade para realizar a autodeclaração. Contudo, diante do que foi exposto a Tabela 5 permite analisar os internamentos nas diferentes categorias de raça/cor.

Destaca-se na Tabela 5 que para ambos os grupos as maiores causas de internação são: gastroenterites e asma. Na raça negra, o terceiro lugar é ocupado pela hipertensão. Entre os brancos e pardos as infecções do rim e trato urinário ocupam a terceira posição,

respectivamente. Ainda prevalece os diferenciais entre raça/cor quando a análise está centrada na proporção de internamento, a tabela mostra que, as internações por doenças relacionada ao pré-natal e parto são duas vezes maiores em mulheres pretas em relação as brancas. Essa relação entre as pardas é 63 vezes maior no município em questão.

As questões raciais e de preconceito e de discriminação podem modular o acesso e as condições de assistência à saúde (MASSIGNAN et al., 2015). O estudo de Leal e colaboradores (2005) identifica a influência do acesso aos atendimentos de pré-natal adequados e as condutas do parto entre mulheres por recorte racial. Este estudo revelou que as mulheres pretas e pardas em relação as brancas recebiam menos anestesia e tiveram maior risco de percorrer mais de uma maternidade à procura de cuidados para o parto. Os estudos sobre as questões raciais não podem deixar de levar em consideração outros marcadores de desigualdade de renda e classe social.

Outro estudo sobre mortalidade materna no Brasil verificou que as mulheres pretas têm risco de óbito materno de 5,5 a 7,4 vezes maiores do que as brancas. Já entre as pardas esse risco é de 1,5 a 1,6 vezes (MARTINS, 2006).

Esses achados demonstram a fragilidade das estratégias do MS, mesmo com a Política Nacional de Saúde Integral da população negra, criada em 2007 que tem como objetivo prover a população negra de uma saúde integral, no intuito de garantir a redução das desigualdades étnico/raciais nos de serviços do SUS (BRASIL, 2007).

Tabela 5: Distribuição das ICSAP segundo raça/cor em Santo Antônio de Jesus-BA, nos anos de 2009 a 2014.

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS	PRETA		BRANCA		PARDA		NÃO MADA		TOTAL
	n=338	%=3,8	n=803	%=9,2	n=1975	%=22,6	n=5645	%=64,4	
Doenças preveníveis por imunização	0	0	0	0	4	11,8	30	88,2	34
Gastroenterites Infeciosas e complicações	92	4,7	203	10,4	647	33,3	1003	51,6	1945
Anemia	1	2,1	2	4,4	5	10,9	38	82,6	46
Deficiências nutricionais	2	1,5	4	3	12	9	116	86,5	134
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	3,9	3	11,5	1	3,9	21	80,7	26
Pneumonias bacterianas	3	3,2	4	4,3	11	11,9	75	80,6	93
Asma	65	8	139	17	404	49,5	209	25,5	817
Doenças pulmonares	1	0,4	12	4,8	16	6,3	225	88,5	254
Hipertensão	44	7	86	13,8	186	29,6	311	49,6	627
Angina	0	0	26	7	16	4,2	332	88,8	374
Insuficiência cardíaca	23	2,4	70	7,2	111	11,4	759	79	963
Doenças cerebrovasculares	18	1,8	56	5,7	78	8	827	84,5	979
Diabetes mellitus	43	4,5	82	8,6	130	13,7	698	73,2	953
Epilepsias	1	0,3	12	4,2	10	3,6	259	91,9	282
Infecção no rim e trato urinário	37	4,4	88	10,5	223	26,7	490	58,4	838
Infecção da pele e tecido subcutâneo	2	1,3	10	6,6	8	5,3	131	86,8	151
Doença Inflamatória orgãos pélvicos femininos	0	0	2	2,5	33	42,3	43	55,2	78
Úlcera gastrointestinal	3	3,3	3	3,3	17	18,9	67	74,5	90
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2	2,6	1	1,3	63	81,9	11	14,2	77
Total	338		803		1975		5645		8761

Fonte: SIHSUS/MS, 2016.

Conclusão

O município de Santo Antônio de Jesus, no período estudado, contava com uma cobertura média de APS de 79,1%. É importante salientar que essa cobertura tem estreita ligação com a diminuição de internações por CSAP, uma vez que altas coberturas impactam positivamente em maior acessibilidade dos serviços para a população da área adscrita.

O estudo realizado mostrou que no decorrer do período houve uma diminuição no número de internação por condições que seriam evitáveis por ações tipicamente do nível primário de atenção à saúde, demonstrando uma melhoria geral no âmbito das internações, porém se percebe que apenas sete grupos de causas cursaram com diminuição no período e que mesmo assim estes ainda são responsáveis por um grande número de ocupação de leitos hospitalares, enquanto treze cursaram com aumento.

Alguns grupos de causas possuem estratégias traçadas e fortalecidas como o SIS-PNI para as doenças preveníveis por imunização e saúde da mulher e o outubro rosa para as doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos. É importante ressaltar que ICSAP é indicador indireto da qualidade da APS e que este deve ser analisado com cautela, pois pode ocorrer duplicidade de internamentos assim como uso inapropriado do CID 10, ilegibilidade de grafia que gera erro de informações, o que pode enviesar o resultado da pesquisa.

Em relação ao sexo, não houve diferença expressiva das proporções de internação entre homens e mulheres, porém percebe-se um grande número de internamento por doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus para ambos os sexos. Condições crônicas necessitam de um processo contínuo de acompanhamento pelas equipes de atenção básica, consultas e orientações de enfermagem e médica individualizadas, acompanhamento nutricional, práticas de atividade física, mudanças no estilo de vida e ações de promoção da saúde. Esses agravos permanecem como grandes desafios para atenção básica de Santo Antônio de Jesus.

Para faixa etária, percebe-se que nos menores de quinze anos de idade a enfermidade que mais os acomete são as gastroenterites infecciosas e as doenças do aparelho respiratório, contudo observou-se um aumento importante de internações em jovens e idosos por doenças do aparelho circulatório, com aumento significativo de internações por doenças metabólicas em maiores de quarenta anos.

O estudo permitiu observar que apesar do grande número de AIH sem a identificação da raça/cor, todas as raças são acometidas primeiramente pelas gastroenterites infecciosas seguida pela asma. Porém, o número de internamento por doenças relacionadas ao parto e pré-natal é muito alto entre as pardas e pretas quando comparado com as mulheres brancas, o que reflete que apesar de possuir no Brasil política voltada para essa população, ainda temos muito que melhorar para garantir uma saúde igualitária e de qualidade para todo cidadão independente de sua cor ou condição social. O que sugere a necessidade de treinamento do pessoal administrativo e de saúde para que compreendam a importância do preenchimento completo e adequado das informações solicitadas nos formulários de AIH, para que haja novas estratégias de melhoria de saúde específica para cada grupo.

Deve-se ressaltar que apesar deste estudo descrever o perfil das ICSAP, os dados aqui analisados referem-se apenas as internações do SUS, portanto a rede privada de assistência à saúde não está contemplada nessa pesquisa, o que pode gerar mudanças nos resultados encontrados caso novos estudos incluam esses serviços.

Referências

- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. de F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L.F.R.; SIMONI, C. de; TURCI, M.A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.515-526, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/12.pdf>>. Acesso em: 14/03/ 2016.
- BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalização por condições sensíveis à Atenção Primária em Florianópolis, Santa Catarina: estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237

[-9622-ress-25-01-00075.pdf](#). Acesso em: 10/03/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília DF, 2007. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 04/02/ 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, **Ministério da Saúde**, 2012. 110 p. Disponível em: <http://www.189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CARDOSO, C. S.; PÁDUA, C. M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A.; GUIMARÃES, D. A.; CARVALHO, S. F.; VALENTIN, R. F.; ABRANTES, R.; OLIVEIRA, C. de O. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, EUA, v. 34, n. 4, p. 227-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/03.pdf>. Acesso em: 20 /01/ 2016.

CAVALCANTE, D. M. **Internações Sensíveis à Atenção Primária**: estudo descritivo com foco em doenças infecciosas e validação do sistema de informações hospitalares, no hospital regional de Paranoá, distrito federal, 2014. 114 f. il. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical), Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/handle/1-0482/17307>. Acesso em: 18/01/ 2016.

DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <http://www.datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acesso em: 15/01/ 2016.

FERNANDES, D.R.; SANTOS, E. A. dos.; DIAS,R.S.; LEITE, S. R. C.; SOUSA, D. E. S.; SILVA, J. S. da. Caracterização de Pacientes com doenças cerebrovasculares: uma avaliação retrospectiva. **Cadernos de Pesquisa**, São Luis, v.20, n.1, jan/abr. 2013. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1249>. Acesso em: 01/03/2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292870>. Acesso em: 13/11/ 2015.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292870>. Acesso em: 07/11/ 2015.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Repensando a humanização do Sistema Único de Saúde à luz das redes de atenção à saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 397-406, 2012. Disponível em: http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/...saude/repensando_humanizacao_sus_luz_redes.pdf. Acesso em: 20/03/ 2016.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/13.pdf>. Acesso em: 01/07/ 2016.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-79, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n11/22.pdf>. Acesso em: 10 /01/ 2016.

MOURA, B. L. A.; CUNHA, R. C. da.; AQUINO, R.; MEDINA, M. C.; MOTA, E. L. A.; MACINKO, J.; DOURADO, I. Principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 83-91, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008. Acesso em: 10/03/ 2016.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 541-44, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00541.pdf>. Acesso em: 27/06/ 2016.

MOURA, B. L. A.; CUNHA, R. C. da.; AQUINO, R.; MEDINA, M. C.; MOTA, E. L. A.; MACINKO, J.; DOURADO, I. Principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 83-91, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008. Acesso em: 10/03/ 2016.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN, M. M.; VIEIRA, S. L. A.; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saúde Pública**, São

Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-52, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010. Acesso em: 20 mar. 2016.

ORRICO, G. S.; LIMA, C. A.; LOURENÇO, R. O.; ARAÚJO, R. S.; SANTANA, S. P.; SOUZA, M. K. B. Práticas de planejamento em uma Unidade de Saúde da Família: um relato de experiência. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 38, n.1, p. 213-222, 2014. Disponível em: <http://www.pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-757803>. Acesso em: 10 /04/ 2016.

PINTO-JUNIOR, E. P.; CAVALCANTE, J. L. de M.; SOUZA, R. A.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, M. G. C. da. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da Saúde da Família em periódicos brasileiros. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0103-110420151040226&pid=S0103-11042015000100268&pdf_path=sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00268.pdf&lang=pt. Acesso em: 25/11/2015.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v, 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024. Acesso em: 15/03/ 2016.

REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; AMARAL, T. C. L.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890, ago. 2013. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-695314>. Acesso em: 20/03/ 2016.

RODRIGUES-BASTOS, R. M.; CAMPOS, E. M. S.; RIBEIRO, L. C.; FIRMINO, R. U. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Internações por condições sensíveis à atenção primária em municípios do sudeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, Juiz de Fora, v. 59, n. 2, p. 120-127, 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013000055>. Acesso em: 13/03/2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p., 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 03/02/ 2016.

Doenças crônicas entre idosos no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia

Thainara Tolentino Oliveira

Saulo Wesley Silva Lessa Vilasboas

Allina Leal Bringel

Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo

Arisne Munique da Silva Ramos

Simone Seixas da Cruz

Laíne Maria Damasceno

O aumento da expectativa de vida vem crescendo ao longo dos anos. Segundo o Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de brasileiros jovens apresentou um menor percentual em relação à população total. Em contraparte, a parcela de indivíduos com mais de 60 anos vem tendo um crescimento progressivo, mostrando que o Brasil está se tornando um país “velho” (BRASIL, 2010).

Em decorrência do crescimento contínuo da longevidade da população brasileira, algumas mudanças relacionadas ao processo saúde-doença foram observadas, efetivando uma transição epidemiológica peculiar e complexa.

Nesse sentido, ao se analisar o padrão de morbimortalidade do Brasil, nas últimas décadas, pode-se constatar uma modificação no cenário epidemiológico. O padrão de adoecimento e morte passou de eminentemente característico de uma população jovem, em que predominavam doenças infecciosas e parasitárias para um cenário em que foram somadas

enfermidades crônicas abrangentes e de altos custos, que são comuns na terceira idade, caracterizado por doenças que perduram por anos e que necessitam de terapias e exames periódicos (VERAS, 2011).

Em outras palavras, a transição epidemiológica brasileira, desenha-se, envolta em desigualdades sociais, por meio de um padrão em que as doenças infecciosas, embora persistentes na população, cederam o “lugar” de causa principal de mortalidade para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), fortemente associadas ao avanço da idade (ARMO et al., 2003).

As DCNT possuem um maior percentual proporcional na faixa etária de 60 anos, acometendo 75,5% dos idosos (BRASIL, 2011). Em consequência disso e do próprio desgaste do indivíduo no curso da vida, há uma maior oneração com procedimentos relacionados à saúde. Um estudo quantitativo revelou que no período de 2002 a 2011, no Sistema Único de Saúde (SUS), foram registradas mais de vinte milhões de internações hospitalares entre idosos (SILVEIRA et al., 2013). Além de mais frequentes, as internações hospitalares são mais dispendiosas, quando destinadas à população idosa, em relação aos demais grupos etários (SCHIMDT et al., 2011).

No Brasil, no ano de 2007, as DCNT representaram causa principal de mortalidade entre idosos (72% dos óbitos), tendo os seus maiores percentuais atribuídos às doenças cardiovasculares, enfermidades respiratórias, diabetes e câncer (SCHIMDTetal.,2011).Na Bahia, de acordo com os dados do Departamento de Informações Eletrônicas do SUS (DATASUS), para faixa etária de 60 anos ou mais, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por um número significativo de internações hospitalares, da ordem de quarenta mil, no ano de 2013, representando os maiores custos quando comparadas as outras doenças (BRASIL, 2015).

Portanto, a elevação da magnitude das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, demandam investigações para se conhecer seus indicadores nacionais e locais, na perspectiva de contribuir com propostas de ações em saúde destinadas aos idosos, visando propiciar impactos que elevem a qualidade vida desse grupo populacional.

Dessa forma, o objetivo geral do estudo foi avaliar a ocorrência de internações hospitalares por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, entre idosos, no período de 2008 a 2014, no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Materiais e métodos

O estudo é do tipo descritivo e quantitativo. A pesquisa foi realizada no município de Santo Antônio de Jesus, que tem uma população estimada de 100.550 habitantes (BRASIL, 2014). O município está localizado na parte do sul do Recôncavo Baiano, tendo sua formação histórica vinculada ao setor econômico (SOUZA, 2012).

Estima-se que em Santo Antônio de Jesus, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2012, a população de idosos, ou seja, indivíduos com 60 ou mais, corresponderam a aproximadamente oito mil e trezentos habitantes (BRASIL, 2015).

Os dados foram obtidos por meio das informações eletrônicas do Ministério da Saúde, referente ao período de 2008 a 2014. O departamento de informática do SUS (DATASUS) foi criado no ano de 2003, com o objetivo de facilitar o planejamento de ações epidemiológicas, disponibilizando os dados de uma maneira informatizada. Foi utilizada a base do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS).

Procedimentos e análise dos dados

A etapa de análise de dados ocorreu inicialmente pela avaliação da distribuição de todas as variáveis consideradas: Internação hospitalar por DCNT¹, internações hospitalares por asma, bronquite/enfisema e outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), diabetes *mellitus* e hipertensão primária. Em seguida, essas variáveis foram avaliadas de acordo com ano e sexo.

Posteriormente, foram construídos gráficos e tabelas para facilitar a visualização dos achados. Foi empregado o programa Microsoft Excel 2007. Abaixo encontram-se as fórmulas algébricas dos indicadores utilizados:

$$\text{Incidência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos no ano (2008-2010)}}{\text{N}^\circ \text{ da população idosa no ano}} \times 100$$

¹(Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão -CID-10).

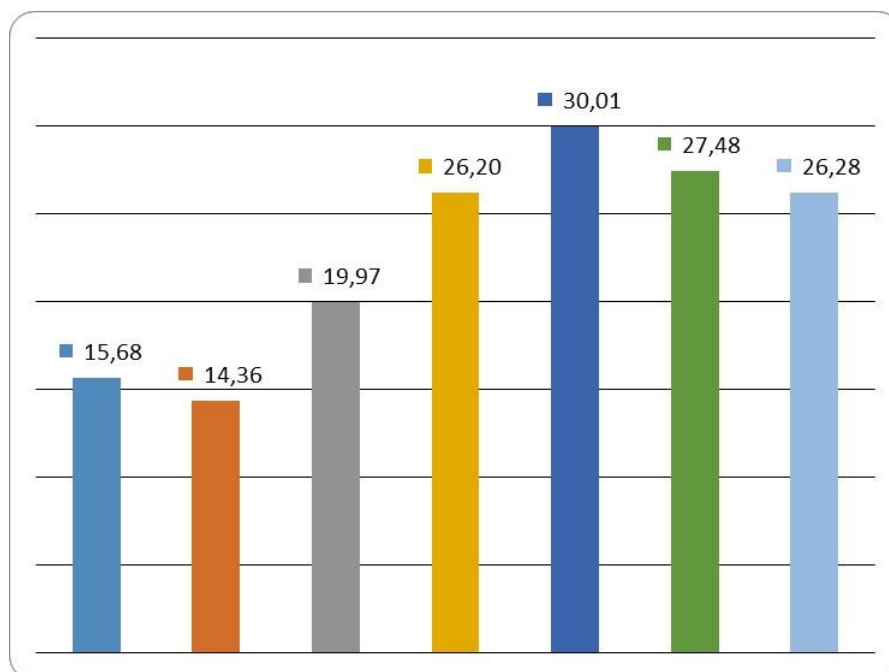
$$\text{Incidência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos internados por (asma/DPOC/diabetes mellitus/hipertensão)}}{\text{N}^\circ \text{ da população idosa no ano}} \times 100$$

$$\text{Incidência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de internações por DAC segundo sexo no ano (2008 -2014)}}{\text{N}^\circ \text{ da população idosa no ano}} \times 100$$

Resultados

Os resultados apontam para uma elevação da incidência de internação hospitalar por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis na população idosa (15,68% para 30,01%) no período estudado. O indicador com menor percentual foi registrado, no ano de 2008, sendo a maior estimativa relacionada ao ano de 2012 (Figura 1).

Figura 1: Incidências de internações entre idosos em Santo Antônio de Jesus, BA. 2008 2014 (por 1000 idosos).

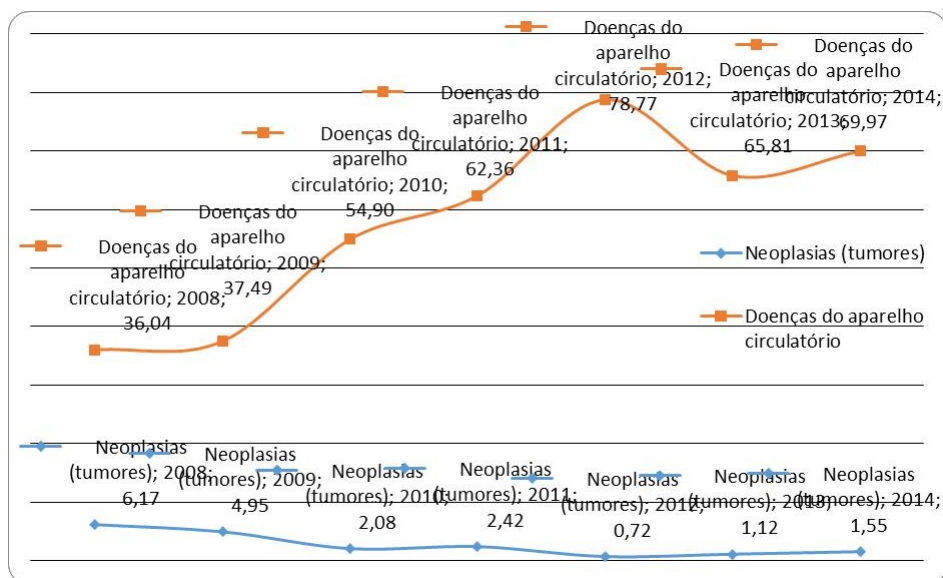


Fonte: DATASUS.

No gráfico presente na Figura 2, estão sumarizados os achados relacionados às doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Observou-se a crescente evolução do número de

casos dos desfechos cardiovasculares, sendo o pico máximo do evento (78,77/1000 idosos), registrado em 2012. Já para as neoplasias, constatou-se a diminuição dos indicadores no período investigado.

Figura 2: Incidências de internações hospitalares decorrentes de doenças do aparelho circulatório e neoplasias em Santo Antônio de Jesus, BA. 2008 - 2014. (por 1000 idosos).



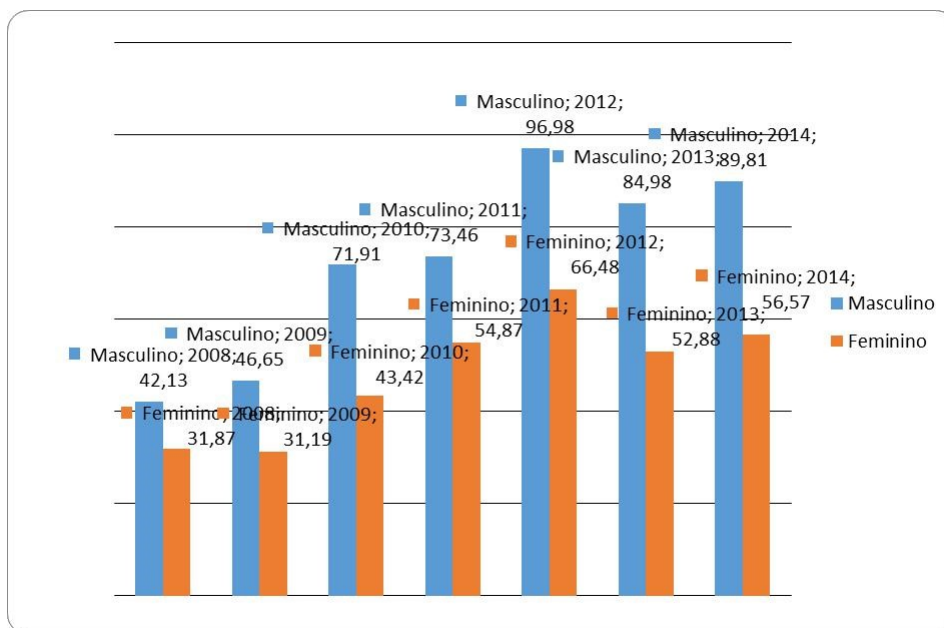
Fonte: DATASUS.

A incidência das internações hospitalares devido às Doenças do Aparelho Circulatório foi crescente entre os anos de 2008 a 2012. Porém, no ano de 2013, houve uma diminuição discreta nesta medida. Observou-se também que esse evento foi mais elevado no sexo masculino, quando comparado ao sexo feminino (Figura 3).

Algumas enfermidades crônicas, além das supracitadas, foram analisadas neste estudo, a saber: Diabetes *Mellitus*, Hipertensão, Asma Bronquite/ Enfisema e outras DPOC. A Diabetes *mellitus* apresentou, no ano de 2014, uma medida expressiva da incidência de hospitalizações na população idosa, correspondendo a 14,28 internações para cada 1000 pessoas com idade acima de 60 anos (Figura 4).

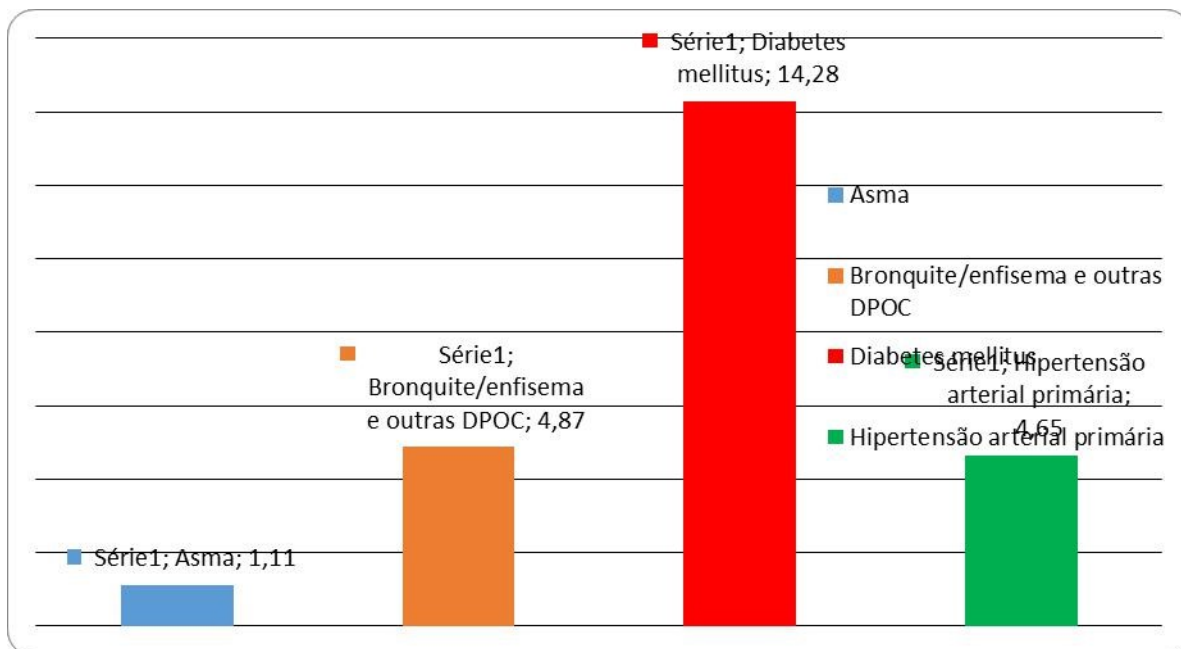
Os indicadores de Doenças Respiratórias Crônicas foram menos incidentes quando comparados aos de Hipertensão e Diabetes *Mellitus*. Já para Asma, o evento foi da ordem de 1,11/1000 idosos. Ao passo que para Bronquite, Enfisema e outras DPOC a incidência foi de aproximadamente 5 internações hospitalares por 1000 idoso (Figura 4).

Figura 3: Incidências de internações hospitalares decorrentes das doenças do aparelho circulatório, segundo sexo. Santo Antônio de Jesus, BA. 2008-2014. (por 1000 idosos).



Fonte: DATASUS.

Figura 4: Incidências de internações hospitalares decorrentes de asma, bronquite/enfisema/outras DPOC, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial primária em Santo Antônio de Jesus, BA. 2014. (por 1000 idosos).



Fonte: DATASUS.

Discussão

Os resultados principais deste estudo indicam que a maior ocorrência de internações hospitalares, dentre as DCNT, estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório entre

idosos do município de Santo Antônio de Jesus, sendo essa tendência crescente ao longo do período sob análise. Tais resultados corroboram investigações realizadas, nos estados do Rio de Janeiro e Paraná em que foram identificadas doenças cardiovasculares como aquelas mais incidentes na população idosa (MARQUES et al., 2014; CASTRO, et al., 2013).

Ao longo de todo o período estudado, a ocorrência de internações em idosos do sexo masculino por doenças do aparelho circulatório foi maior, quando comparada com a frequência internações entre mulheres idosas, por esse mesmo grupo de causa. Uma pesquisa realizada no estado de São Paulo, no ano de 2010, reforça o resultado aqui encontrado, vez que o número de idosos do sexo masculino internados por doenças do aparelho circulatório foi 30% maior que as internações em mulheres idosas (MENDES, 2011). O fato de homens idosos apresentarem uma maior ocorrência de internações decorrentes de doenças cardiovasculares, pode estar associado à prática comum de buscar o serviço de saúde mas tardiamente, tendo menos acesso a medidas preventivas que são de grande importância para o controle e cura das enfermidades (BRASIL, 2010; JUSTO et al., 2013).

Outro aspecto importante para causa de internações hospitalares entre idosos é o estilo de vida, que, *per se*, pode representar uma fonte relevante de fatores de risco para DCNT, a exemplo de sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, ou mesmo uma dieta inadequada (CAVALCANTI et al., 2009; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2011). A exposição a fatores como esses, no curso da vida, pode contribuir para determinação de DCNT, revelando que ações destinadas ao melhor comportamento de saúde podem determinar o “potencial de qualidade de vida” do futuro idoso.

Em outras palavras, um estilo de vida mais “saudável” pode contribuir para uma menor frequência de complicações por doenças crônicas. Antagonicamente, um comportamento de saúde inadequado ao longo da vida, pode acarretar várias consequências negativas, ocasionando complicações e problemas graves, a exemplo da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

Dentre as morbidades crônicas estudadas, referente ao ano de 2014, a hipertensão arterial ocupou o terceiro lugar no conjunto de internações entre os idosos no município estudado (4,65/1000). No Brasil, hipertensão arterial vem apresentando alta prevalência nos últimos anos, correspondendo por volta de 30% entre a população adulta (SOCIEDADE BRASILEIRA

DE CARDIOLOGIA, 2010).

Achados desta pesquisa revelaram também que, para o ano de 2014, o diabetes *mellitus* foi causa principal de um elevado número de internações entre os idosos, ocupando o primeiro lugar dentre as internações decorrentes das morbidades crônicas estudadas. Em um estudo relacionado ao Diabetes entre os idosos, apresentou números decrescentes, quando comparado entre os anos de 2000 e 2010, apresentando 4,1% e 3,7%, respectivamente (MARQUES et al., 2014). Porém, de acordo, com um estudo realizado em João Pessoa, dentre algumas enfermidades crônicas, o diabetes representa o terceiro lugar, tendo a sua frente apenas as dislipidemias e a hipertensão arterial, na população idosa (CAVALCANTI et al., 2009).

Para as doenças respiratórias crônicas, a incidência de internações por bronquite/enfisema e outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), entre idosos, foi maior quando comparada às internações decorrentes de asma, no ano de 2014. Resultados similares foram encontrados, em investigações realizadas na Metade Sul do Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro, nas quais se observou que as DPOC foram a segunda causa de internação entre os idosos. A asma, por sua vez, nestas investigações, apresentou valores relativamente baixos e decrescentes durante o período analisado (SANTOS et al., 2013; MARQUES et al., 2014).

Um dos fatores de risco para as doenças respiratórias crônicas é o hábito de fumar. Consequentemente, uma parcela importante delas são evitáveis, por serem em grande parte responsabilidade da prática de tabagismo crônico (BRASIL,2010).

Medidas de promoção e proteção à saúde são imprescindíveis para obtenção de melhores indicadores da saúde do idoso. Sendo assim, achados de estudos como esse podem contribuir para o planejamento e avaliação de ações destinadas a esse grupo específico, no município de Santo Antônio de Jesus. Mesmo considerando as limitações de investigações baseadas em dados secundários, particularmente, sua dificuldade de verificação de validade e confiabilidade.

Conclusão

De acordo com a metodologia empregada, pode-se concluir que:

- Houve maior ocorrência de internações hospitalares relacionadas às doenças do aparelho circulatório entre idosos do município de Santo Antônio de Jesus, sendo essa tendência crescente ao longo do período sob análise;

- Diabetes *mellitus*, dentre as morbidades crônicas, foi a segunda maior responsável por internações hospitalares entre idosos, seguida de hipertensão arterial e bronquite/enfisema/outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

Referências

ARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR., J.B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.12, n.2, p. 63-75, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças crônicas não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/CondicoesCronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2015. **Departamento de Informação do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2011. **Doenças crônicas não transmissíveis são as maiores causa de morte no mundo, diz OMS**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/>>

[doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-cao-de-morte-no-mundo-diz-oms.](#)>Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 23 abril. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma Ação Coletiva**, Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011. Brasília, DF, v. 9, p. 01-172, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf>. Acesso em: 10 abril de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2014. **População da cidade de Santo Antônio de Jesus**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292870>>. Acesso em: 20 de novembro de 2014.

CAVALCANTI, C. L. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, João Pessoa, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n6/v11n6a03.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

CASTRO, V.C. et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. **Revista Rene**, Paraná, v. 14, n. 4, p.791-800, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1269>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MARQUES, A.P. et al. Internações de idosos por condições sensíveis á atenção primária á saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742014000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 abr.2015.

MENDES, J.D.V. Morbidade nas internações de idosos no SUS/SP em 2010. **GAIS Informa: Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde**. São Paulo, p. 01-21, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gaisinforma/gaisjornal_9.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.

JUSTO, A.M; FERNANDES, F.E.C.V; SOBRAL, P.H.A. F. Custos das internações hospitalares entre idosos usuários do sistema único de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 10, p.6013-6018, out. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../7433>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

SANTOS, V.C.F; KALSING, R.E.N. F.; GERHARDT, T.E. Perfil de internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis a atenção primária em idosos da Metade Sul do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.34, n.3, p.124-131, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300016>. Acesso em: 7 abr. 2015.

SCHMIDT, M. I; DUNCAN, B.B.O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**. São Paulo, v. 20, p. 421-423, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742011000400001&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mai. 2014.

SILVEIRA, E. R. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Revista Gestão e Economia em saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, p.514-20, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.php?pid=S1679-45082013000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, 2010. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

SOUZA, E. M. O; SOUZA, E. O. Modernização e vida urbana na cidade de Santo Antônio de Jesus- BA. In: *Simpósio Internacional Globalización, Innovación y Construcción de Redes Técnicas Urbanas en América y Europa*, 2012, Barcelona. Universidade de Barcelona, Anais eletrônicos..., 2012, p. 01-17. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/Simposio/cSouzaSouza_Modernizacao.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, p.779-786, 2011. Disponível em: <http://www.revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2014.

Sexualidade: experiência pessoal, essencial e normatizada

Maria da Conceição Costa Rivemales

Mirian Santos Paiva

A discussão de aspectos relacionados à construção social da sexualidade, neste capítulo, não pretende esgotar o vasto conteúdo teórico existente sobre o tema e, sim, apontar questões pertinentes no que se refere aos esquemas e rótulos distintos que podem estruturar as experiências sexuais e afetivas tanto dos homens quanto das mulheres.

De acordo com (FOUCAULT, 1988, p.100):

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e de poder.

Paula (2008) afirma que mesmo na atualidade, as questões relativas à sexualidade humana são complexas e plurideterminadas, pois envolvem fatores de ordens diversas: biológicos, fisiológicos, emocionais, sociais, culturais e religiosos, além de estarem arraigadas pelas relações de poder, hierarquia, expectativas e significados sociais.

A sexualidade humana está imbricada de hábitos, costumes, significados e atitudes, devendo ser compreendida como um aspecto inerente e fundamental na vida de todo ser humano,

que sofre influência constante e direta de múltiplos fatores, tais como o biológico, psicológico, social e cultural (REIS, 2004).

Para Foucault (1988), discorrer sobre a sexualidade, tratando-a como uma experiência historicamente singular, supõe que se disponha de instrumentos capazes de considerar seus três eixos constituintes: a formação dos saberes que a ela se refere, os sistemas de poder reguladores de sua prática e as formas pelas quais os indivíduos se reconhecem como sujeitos dessa sexualidade.

É necessário previamente compreender como o indivíduo moderno podia fazer a experiência dele mesmo enquanto sujeito de uma sexualidade, levando em conta que o indivíduo ocidental, durante séculos, foi influenciado a se reconhecer como sujeito do desejo (FOUCAULT, 1988).

A religião, a medicina e a psicanálise desenvolveram discursos que serviram para elaborar um pensamento ético ou normativo/terapêutico gerando argumentos, proibições e normas para o controle do erotismo, com base na premissa de que a sexualidade necessitaria ser vivida dentro de ideais de amor a Deus, à família e com fins de procriação, tornando-se essa a exigência para entrar no mundo do sexo (CARVALHO, 2010, p.43).

De acordo com Bozon (2004), duas etapas caracterizam a elaboração e o tratamento cristão da sexualidade. A primeira delas foi marcada pela teorização da recusa ao desejo e ao prazer – a partir dos textos de Agostinho no século V – o que levou a restrição da atividade sexual apenas à procriação desejada por Deus e pela natureza. Já na segunda etapa, ocorreu a delimitação da atividade sexual legítima a partir da instituição do casamento cristão, monogâmico e indissolúvel (séculos XII e XIII). Durante a Idade Média, a Igreja Católica empenhou seus esforços no controle da vida moral dos fiéis através da prática da confissão, com o objetivo de impedir a atividade sexual fora do casamento e limitar o casal apenas às práticas que visassem à procriação.

Para Foucault (1988), o cristianismo associou o ato sexual ao mal, o pecado, à queda e à morte. Também desqualificou as relações entre indivíduos do mesmo sexo, além de atribuir um alto valor moral e espiritual à abstinência rigorosa, à castidade permanente e à virgindade.

A expressão da sexualidade era muito mais visível pelo menos até o século XVI. No período medieval e clássico, as habitações possuíam cômodos de repouso com vários leitos, onde cada

leito poderia abrigar várias pessoas, sem haver separação entre pais, filhos e empregados. A oposição público/privado não fazia sentido, as gerações não eram separadas, o domínio sexual não era isolado e o aprendizado da vida ocorria diretamente com os vários membros da família (BOZON, 2004).

Desse espaço pouco diferenciado passou-se, muito progressivamente, a uma organização doméstica que separava dentro das casas os cômodos de uso privado das peças de uso público. No domínio do privado, pouco a pouco, criou-se uma espécie de santuário inviolável, o quarto do casal parental, que se tornou o templo secreto da sexualidade legítima. Surpreender o ato sexual dos pais, sem dúvida uma experiência banal para as crianças da Idade Média, passou a ser considerado uma transgressão na época contemporânea. Da mesma forma, tornou-se raro observar atos sexuais nos espaços públicos, e o exibicionismo passou a ser punido pela lei. Paralelamente, o pudor se apoderou da sexualidade e de todas as suas manifestações, sobre as quais não se podia mais falar com espontaneidade, entre próximos, nas conversas cotidianas e, em particular, entre pais e filhos. O tema passou a ser lembrado apenas através de meias palavras e, imposta a reserva, tornou-se possível ceder às emoções, quer por atos, quer por palavras. E a educação sexual das crianças passou a ser um “problema” (BOZON, 2004, p.35)

Com o processo de modernização da sociedade e com a ascensão da burguesia, a partir do século XVI, o controle da vida social, política e econômica sofreu influência da Igreja e dos moralistas, na qual normas e valores cristãos somados às necessidades do Estado enquadraram e definiram as regras para a prática da sexualidade, o que acarretou a vivência da sexualidade de forma reprimida nas sociedades ocidentais (PAULA, 2008; BOZON, 2004).

No Século XVII, inicia-se um período de repressão própria das sociedades chamadas burguesas, marcado por movimentos repressivos relacionados ao sexo, a citar: a ascensão dos puritanos na Inglaterra; Na Holanda e Irlanda, destaque para os perigos do sexo associado aos danos ocasionados à natureza humana pelo pecado original e os males da luxúria (FOUCAULT, 1988; PAULA, 2008).

A partir do século XVIII, com o surgimento do conceito de amor romântico, é dada a possibilidade de escolha do parceiro ideal para o casamento. Tal conceito, associado a outros conhecimentos da anatomia sexual, influenciaram transformações profundas no pensamento sobre a sexualidade e reprodução. O relacionamento sexual foi separado de outros aspectos da organização familiar e as práticas sexuais vinculam-se ao amor e fazem parte do casamento (PAULA, 2008).

Por outro lado, a população com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias

– natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e moradia – passa a ser vista como um problema econômico e político.

No cerne deste problema econômico e político da população: o sexo; é necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-la fecunda ou estéril, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas – desses famosos “segredos funestos” que os demógrafos, na véspera da revolução, sabem já serem conhecidos no campo (FOUCAULT, 1988, p.28)

Assim, o sexo passa a ser regulado e administrado. A conduta sexual da população passa a ser objeto de análise e alvo de intervenção, fazendo do comportamento sexual dos casais uma conduta econômica e política deliberada. Cabe ao poder público lançar de procedimentos de gestão necessários a regular o sexo, tornando-se como descreve Foucault (1988) uma “questão de polícia”.

O autor traz, também, que as sociedades ocidentais modernas criaram e instalaram o dispositivo da sexualidade que se liga a economia para regular o corpo que produz e consome. Assim, tal dispositivo tem como objetivo “penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global” (FOUCAULT, 1988, p.101). Foi a célula familiar que permitiu o desenvolvimento dos principais elementos do dispositivo de sexualidade, a saber: o corpo feminino, a precocidade infantil, o controle da natalidade e a especificação dos perversos.

Nesse momento, fim do século XVIII, e por motivos que será preciso determinar, nascia uma tecnologia do sexo inteiramente nova; nova, porque sem ser realmente independente da temática do pecado escapava, basicamente, à instituição eclesiástica. [...] Nova também, porque se desenvolvia ao longo de três eixos: o da pedagogia, tendo como objetivo a sexualidade específica da criança; o da medicina, com a fisiologia sexual própria das mulheres como objetivo; e, enfim, o da demografia, com o objetivo de regulação espontânea ou planejada dos nascimentos (FOUCAULT, 1988, P.110).

A família do século XIX constitui-se como uma célula monogâmica e conjugal. Por outro lado, o crescimento do interesse estatal em regular a sexualidade e o correspondente declínio do controle religioso, somado ao desenvolvimento tecnológico e científico contribuíram para as normas e regras sociais e morais em relação à prática da sexualidade, pois se estabeleceram

permissões e proibições para os relacionamentos sexuais (FOUCAULT, 1988; VANCE, 1995; PAULA, 2008).

Além disso, disciplinas como a pedagogia, psiquiatria, psicologia, higiene, medicina e a primeira sexologia, contribuíram na regulação das condutas cotidianas e nos comportamentos dos indivíduos, definindo o normal e o anormal, o que por sua vez, propiciou o emprego de técnicas disciplinares de poder sobre o corpo e, conseqüentemente, influenciou o aparecimento de novas atitudes entre os sujeitos (BOZON, 2004).

Foucault (1988) acrescenta ainda que o sexo inscreveu-se em dois registros de saber bem distintos: o primeiro está relacionado à biologia da reprodução que é desenvolvida consecutivamente de acordo com uma normatividade científica. O segundo está atrelado a uma medicina do sexo que obedece a regras de origem inteiramente diversas e define “a sexualidade como sendo por natureza”, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização” (FOUCAULT, 1988, p. 41).

Nesse sentido, é relevante destacar que a medicina e a ciência tornaram-se elementos importantes nos discursos reguladores que foram desenvolvidos, pois participaram ativamente na elaboração desses discursos como uma forma de legitimar novas especialidades no campo de atuação da sexualidade (VANCE, 1995).

Na área da saúde, a concepção da sexualidade foi reduzida ao componente biológico relativo à necessidade meramente orgânica. Atenção especial foi dada aos problemas físicos e/ou psíquicos relacionados à sexualidade, que foram mapeados, analisados e classificados. As doenças venéreas foram investigadas e os desvios e anomalias foram estudados, objetivando-se a realização de medidas higiênicas e profiláticas, porém também com a finalidade de normalização de condutas. Foram classificadas com significados de negação ou afirmação, ou seja, como normais ou anormais, corretos ou incorretos, e desviantes (PAULA, 2008, p. 48).

Assim, surge a ciência sexual, que deve explorar e tudo saber sobre o sexo, de modo a melhor controlá-lo e administrá-lo. Foi desenvolvida uma série de diversas e novas categorias que classificaram os comportamentos e distúrbios sexuais, que passaram a ser tratados como questões de Saúde Pública (PAULA, 2008).

Foucault (1988) refere que nossa sociedade constitui uma *scientia sexualis*, que desenvolveu, no decorrer dos séculos, procedimentos ordenados para se produzir discursos verdadeiros sobre o sexo.

Desde então, o discurso da medicina sobre a sexualidade foi marcado pela concepção de uma “natureza humana” que é capaz de produzir anomalias. Tal discurso de caráter normativo definia as grandes perversões e intervia na normatização e universalização da sexualidade heteroconjugal (VALE, 2008). Assim, “a primeira ciência da sexualidade instaura uma tentativa de medicalização geral dos comportamentos” (BOZON, 2004, p. 40).

Nesse sentido, a ênfase na medicalização da sexualidade aumenta a partir da procura do público às autoridades médicas em busca de informações e conselhos sexuais. “As abordagens biomédicas frequentemente consideram a sexualidade como um derivativo da fisiologia e encaram o corpo como possuindo um funcionamento supostamente universal” (VANCE, 1995, p. 25.).

Com o surgimento da sexologia contemporânea, em meados do século XX, o objeto fundamental das discussões está voltado à questão do prazer e do orgasmo (principalmente feminino). “O orgasmo é a finalidade, a prova e a realidade profunda da sexualidade; e também a unidade de medida da atividade sexual, mesmo que não tenha o mesmo significado para as mulheres” (BOZON, 2004, p. 51).

Na prática dos prazeres sexuais, devem-se distinguir claramente dois papéis, dois valores de posição – a do sujeito e a do objeto. Na relação sexual ao papel dito masculino reserva-se a função ativa definida pela penetração, e inversamente cabe às mulheres exercerem o papel que a natureza as reservou: o papel passivo do parceiro-objeto (FOUCAULT, 1988).

A sexualidade contemporânea aparece como uma experiência pessoal, essencial para a construção individual do sujeito, em que a intimidade e afetividade representam um domínio que assumiu um papel importante no decorrer dos séculos. Destarte, ocorreu a ampliação do repertório sexual, a diversificação das normas e trajetórias da vida sexual e a multiplicação dos saberes e encenações da sexualidade (BOZON, 2004).

Por sua vez, a sexualidade é fruto da configuração de sentido produzida socialmente, direta ou indiretamente, além de sofrer influência dos registros emocionais que interferem significativamente no comportamento individual frente a sua vivência. Assim,

Cada sociedade desenvolve regras que constituem parâmetros fundamentais para o comportamento das pessoas, inclusive no que tange a sexualidade. Estas são estabelecidas no âmago do processo social, permeiam interesses de grupos organizados e das classes sociais e são medidas pela ciência, pela religião, pela mídia

sendo suas resultantes expressas pelo imaginário coletivo e pelas políticas públicas de modo geral. (PAULA, 2008, p. 32).

De acordo com Heilborn (2006), a sexualidade tem sido compreendida como fruto de cenários distintos, e não somente como resultado do funcionamento bio-psíquico dos sujeitos. A autora salienta ainda que haja um imbricamento entre sexualidade e gênero, pois se existem “características distintas entre os homens e mulheres no tocante à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, elas devem-se a uma combinação de fenômenos que reverberam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros” (HEILBORN, 2006, p. 35).

Nesse sentido, a sexualidade como uma esfera específica do comportamento humano, envolve atos, relacionamentos e significados. Pode-se, então, inferir que é o não sexual que confere significado ao sexual e nunca o inverso (BOZON, 2004). Partimos, então, da premissa de que:

A sexualidade tem uma conceituação bastante ampla e diversificada, a ela associam-se hábitos, costumes, significados e atitudes; está relacionada à história pessoal de cada indivíduo, constituindo em aspecto inerente a todo ser humano. Compreende-se como a sexualidade a energia que impulsiona o ser humano não apenas para a reprodução, mas para a obtenção do prazer, do amor e do erotismo; é a descoberta de si mesmo e do outro, da feminilidade e da masculinidade, da complementaridade e interação das pessoas (REIS, 2004, p. 09).

Em relação ao debate teórico em torno da sexualidade, destaca-se o enfrentamento de duas correntes distintas: o essencialismo (também denominado naturalismo) e o construtivismo social (HEILBORN; BRANDÃO, 1999; MOTT, 2010).

A interpretação essencialista ou naturalista possui como premissa que um dado padrão de sexualidade é nativo da constituição humana, seja criada por Deus (naturalismo religioso), regida pelos hormônios, ou resultado da evolução (naturalismo científico). Nesta perspectiva, o cerne da sexualidade é a reprodução, além de acreditarem na existência de categorias universais, como por exemplo, heterossexualidade e homossexualidade. (MOTT, 2010).

Ao inscrever a sexualidade vinculada ao corpo biológico e considerando-a apenas como algo instintivo, a corrente essencialista supõe que todas as pessoas viveriam sua sexualidade de forma universal. O sexo é considerado como algo inato, imutável, transhistórico e associal

(CARVALHO, 2010). Desse modo, essa vertente relaciona-se diretamente à visão biomédica e psicanalista que restringe a sexualidade ora a mecanismos fisiológicos que visam à reprodução da espécie, ora à manifestação de ordem psíquica de uma pulsão que busca extravasar (HEILBORN; BRANDÃO, 1999).

A corrente do construtivismo social visualiza a sexualidade como material básico que pode ser modelado pela cultura. Parte-se da premissa de que existe uma partilha basilar entre o corpo e a razão, sendo o corpo uma espécie de substrato onde a cultura se superpõe, modificando e modelando os comportamentos, as experiências e significações referentes à experiência sexual (VANCE, 1995).

Heilborn e Brandão (1999) referem que o modelo do construcionismo social é mais enfático, pois postula que o domínio do sexual, do erótico ou das sensações do corpo é puro efeito de construções culturais. Tal corrente enfatiza que é necessário se identificar as intercessões e vínculos que, em cada momento histórico, definem o que seja sexual.

Destarte, para Vance (1995, p. 18), “o modelo de influência cultural enfatiza o papel da cultura e do aprendizado na formação do comportamento e das atitudes sexuais, rejeitando formas óbvias de essencialismo e universalização”. A mesma autora enfatiza ainda que:

Dentro do modelo de influência cultural, o termo “sexualidade” abrange uma variedade de tópicos. [...] O rastreamento de seu uso em vários artigos e livros mostra que a sexualidade abrange diferentes elementos: relações sexuais, orgasmo, carícias preliminares, fantasias, histórias e piadas eróticas; as diferenças de sexo e a organização da masculinidade e da feminilidade, bem como as relações de gênero (frequentemente chamadas de papéis sexuais na literatura mais antiga) (VANCE, 1995, p.20).

Portanto, a partir deste modelo, a experiência ou comportamento sexual não seriam passíveis de generalização (HEILBORN; BRANDÃO, 1999). Além disso, a sexualidade estaria imbricada ao gênero, considerando-se que a sexualidade, os arranjos de gênero, a masculinidade e a feminilidade sejam conectados, até intercambiáveis (VANCE, 1995). “Sexualidade e gênero se deram as mãos. Várias correntes do pensamento contemporâneo compartilham o mesmo *approach* do construcionismo social, enfatizando o papel ativo do sujeito guiado pela cultura, na estruturação da realidade social” (MOTT, 2010, p.21).

O termo gênero significa a distinção de atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica dos seres humanos, em que o “[...] masculino e feminino possuem

significados distintos em cada cultura” (HEILBORN, 1991, p. 28). Para Nicholson (2000, p.09), “*gênero* foi desenvolvido e é sempre usado em oposição a sexo, para descrever o que é socialmente construído, em oposição ao que é biologicamente dado”.

Portanto, o gênero é uma construção social, que toma como objeto de estudo as relações sociais entre os sexos e seus mecanismos geradores de subordinação. Em qualquer que seja a esfera que estejam se relacionando, tanto os homens quanto as mulheres exercem relações de poder uns sobre os outros, embora na maioria das vezes permeadas por uma tácita cumplicidade que não os permite reconhecê-las (PAIVA, 2000).

A natureza teria definido o que distingue homens e mulheres, no entanto as influências do meio intervêm no processo de estabelecimento e cristalização dessas diferenças, que ocorreram no decorrer da história da sociedade ocidental, especialmente no que diz respeito às concepções de sexo, gênero e sexualidade (PAULA, 2008, p. 40).

As diferenças construídas e reproduzidas entre os homens e as mulheres “têm se convertido em desigualdades, estando às mulheres em posição inferior ou subordinada em relação aos homens, aos bens e aos valores considerados mais relevantes” (NASCIMENTO, 2002, p. 126).

Segundo Bourdieu (1998, p.7-8), o poder está em toda parte, sendo “necessário saber descobri-lo onde ele deixa ver menos, onde ele é mais ignorado, portanto reconhecido”. Este poder simbólico, invisível, “só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”.

Contudo não se pode perder de vista que tais relações de poder estão imbricadas num contexto cultural bastante complexo, sendo necessário que muitas barreiras impostas por cada sociedade sejam rompidas, tais como, as desigualdades sociais, educacionais, raciais e étnicas, de gênero e de orientações sexuais que perpassam as questões do amor, da fidelidade, da parceria e do poder de decisão nesta esfera (PAIVA, 2000).

Para Mandu (2005), a sexualidade deve ser entendida como um processo complexo e integrante da totalidade de homens e mulheres. A sua vivência envolve questões pertinentes à experiência erótica, ao prazer, ao sexo, a autopercepção, a afetividade e comunicação, independentemente da reprodução (TRINDADE; FERREIRA, 2008; MANDU, 2005).

A sexualidade “é uma descoberta de si mesmo e do outro, da feminilidade e da masculinidade, da complementaridade e interação das pessoas” (REIS, 2004, p. 61). Sendo parte

intrínseca de nosso ser, a sexualidade deve ser vista como processo que circunda todo o ciclo da vida humana, recebendo influências de múltiplos fatores de ordem biológica, fisiológica, emocional, social e cultural (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000). Sua vivência é extremamente importante, e poderá ter reflexos positivos, negativos, ou até neutros, durante esse processo (PAULA, 2008). Todavia a temática sexualidade está impregnada de mitos, e preconceitos.

Nesse sentido, é preciso considerar a sexualidade como uma categoria que transcende a biologia das estruturas corporais e dos processos fisiológicos, que materializam e objetivam o sexo a partir do determinismo biológico de se ter nascido homem ou mulher.

Durante muitos anos, tais características foram tomadas como inerentes à biologia do sexo, naturalizando as expressões da sexualidade em categorias muito bem definidas por responderem à força da natureza. As diferenças havidas entre os sexos fundaram noções de desigualdades entre homens e mulheres, colocando-as vulneráveis à força e à razão masculina (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

A sexualidade pode, então, ser considerada como um fenômeno que faz parte da vida de todas as pessoas, como um evento universal e, ao mesmo tempo, singular a cada indivíduo, já que é uma elaboração específica. Desse modo, a construção da sexualidade é um processo extremamente complexo, que envolve, ao mesmo tempo, aspectos individuais, sociais, psíquicos e culturais que carregam historicidade e envolvem práticas, atitudes e simbolizações (RESSEL; GUALDA, 2003).

Heilborn (2006) salienta, ainda, que homens e mulheres sejam diferentemente modelados socialmente e essas diferenças entre os gêneros reproduzem roteiros sexuais que são seguidos por esses indivíduos. “Considera-se que a sexualidade, os arranjos de gênero, a masculinidade e a feminilidade sejam conectados, até intercambiáveis. O gênero e a sexualidade estão inextricavelmente unidos” (VANCE, 1995, p.20).

Os indivíduos são socializados para a entrada na vida sexual por meio da cultura, que orienta roteiros e comportamentos, considerados aceitáveis para cada grupo social. Conseqüentemente, as práticas sexuais se diferenciam no interior de cada sociedade, variando de acordo com os referenciais dos diversos segmentos sociais que a compõem (HEILBORN, 2006, p. 45).

A masculinidade e a feminilidade são, então, consideradas como expressão de comportamento, definidas sócio-culturalmente, à luz de características como força, agressividade, lógica

e independência, aproximando-se do que se espera de um homem; e fraqueza, submissão, dependência e emoção, aproximando-se do que se espera de um comportamento dito feminino (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

Levando em consideração que as relações de gênero são fundadas em categorizações de ordem social, na construção da identidade feminina e masculina, as questões que envolvem a sexualidade serão experimentadas diferentemente pelo homem e pela mulher. Desse modo, é preciso saber captar as diferenças que são socialmente construídas entre o papel masculino e feminino (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999).

Neste sentido, a socialização implica diferentes papéis masculinos e femininos, onde a vivência da sexualidade por esses sujeitos será marcada pelos roteiros sexuais definidos socialmente para o homem e a mulher. Cabe ao homem, ainda hoje, a iniciativa no relacionamento sexual, centralizado no pênis, em contraposição aos aspectos psicológicos que permeiam a sexualidade da maioria das mulheres (ANJOS, 2000; BOZON, 1999; GIAMI, 2007; GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000; GOZZO ET AL, 2000; HEILBORN, 2006; MANDÚ, 2005; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999; RIBEIRO, 2003; REBELLO, GOMES, 2009; RESSEL; GUALDA, 2003; SOUZAS; ALVARENGA, 2001; TRINDADE; FERREIRA, 2008).

Segundo Giami (2007), a função sexual masculina caracteriza-se pela centralidade do pênis e pela simplicidade do seu funcionamento, contrapondo-se às dimensões psicológica, emocional e relacional que permeiam a função sexual feminina. Em outras palavras, a sexualidade masculina está fundada na natureza biológica e incontrolável das necessidades vinculadas ao seu impulso e a sexualidade feminina possui natureza psicológica e controlável associada ao romantismo e aos sentimentos amorosos.

O processo de aprendizado e construção da identidade masculina faz parte de um cenário histórico-cultural que indica o que é uma sexualidade “normal”, em relação a “ser homem”. Ser homem é ser heterossexual, é ser viril, é ser penetrador (REBELLO; GOMES, 2009).

A lógica de que o corpo masculino age de acordo com aquilo que é percebido como socialmente legítimo e constitutivo da própria identidade masculina faz com que a sexualidade no homem apareça despida de expectativas românticas (LEAL; KNAUTH, 2006).

Segundo Trindade e Ferreira (2008), os homens são socializados para perseguir, penetrar

e dominar e, apesar dos avanços da mulher em relação a melhor viver e expressar a sua sexualidade, ainda prevalece certa passividade da mulher em discutir algumas questões, o que demonstra o papel do macho como possuidor e o papel da fêmea como o de ser possuído, o que reforça, por sua vez, a condição de subordinação feminina.

Quanto às mulheres, Bozon (2004, p. 30) destaca que “o corpo das mulheres é percebido e tratado como um objeto e um receptáculo, de que os homens tomam posse através do ato sexual”. Dessa forma, a dominação masculina é exercida a partir da percepção na relação, na qual o homem é o sujeito, e a mulher, o objeto (ANJOS, 2000).

Por outro lado, é esperado que a mulher adote um comportamento de passividade nos relacionamentos sexuais. “Os homens continuam a serem considerados os principais agentes do ato sexual, e o desejo sexual feminino continua a ser amplamente ignorado, como se o lugar (das mulheres) devesse permanecer limitado à afetividade” (BOZON, 2004, p.95).

A cultura sexual brasileira é marcada fortemente por uma categorização de gênero que reserva contrastivamente atitudes e qualidades para cada um dos sexos. Desse modo, masculinidade e atividade estão associadas, por oposição a feminilidade e passividade. Tal sistema ordena as relações entre pessoas do mesmo sexo ou entre sexos opostos (HEILBORN, 2006, p. 37)

Ressel e Gualda (2003) destacam que o mito da passividade feminina, é entendido pelas mulheres como o resultado de uma rígida e repressora formação sexual, que as impedia de tomar a iniciativa no ato sexual, porque reforça a ideia de que cabe ao homem as iniciativas.

Nessa perspectiva, a mulher não poderia expressar desejo, e caso isso acontecesse, seriam estigmatizadas por terem interesses sexuais tais quais os homens têm na vida diária. Para Ribeiro (2003) essas representações e práticas engendram corpos sexualizados marcados pelo gênero, produzindo e reproduzindo socialmente os corpos masculinizados e feminilizados.

As desigualdades na distribuição do poder entre os gêneros estão imbricadas de acordo com os distintos espaços de negociação, atrelados às questões que permeiam a vida sexual e reprodutiva, direito, prazer e autoconhecimento sobre o corpo, e aos valores e sentimentos em relação à parceria, e ainda noções de fidelidade e espaços sociais para múltiplas parcerias (REIS, 2004).

Por esta razão, quando homens e mulheres falam de sexo, não estão falando de sexo no

mesmo sentido, nem da mesma maneira. Enquanto os discursos femininos se centram na contextualização afetivo-romântica das suas relações, os discursos masculinos enfocam a capacidade técnica-corporal para o desempenho do ato sexual (LEAL; KNAUTH, 2006).

Oliveira, Gomes e Oliveira (1999) apontaram que as diferenças dos papéis sociais do ser homem e ser mulher contribuem para a existência de vivências distintas no campo da sexualidade. Os resultados desse estudo trouxeram à tona as representações sociais do homem como ser ativo e da mulher como ser passivo. As mulheres colocaram que o seu papel é o de objeto da satisfação do homem, não dando ênfase à busca pelo prazer na relação sexual. Para os homens, nesse mesmo contexto, a ausência da ereção induz a sérios problemas, pois não foram orientados quanto ao enfrentamento dessa limitação, além de esbarrarem com preconceitos frente ao exercício de sua sexualidade.

As diferentes posições ocupadas pelo sexo masculino e feminino, no que concerne ao campo da sexualidade, darão a estes sujeitos espaços diferenciados nas relações de poder, conferindo ao homem domínio pelo controle da sexualidade e do corpo da mulher. Isso porque a estrutura social dada pelas relações de gênero define os lugares e as posições que os corpos masculinos e femininos ocupam, alocando também diferentes recursos, valores e interpretações para esses corpos numa relação sexual (LEAL, KNAUTH, 2006).

Faz parte do aprendizado técnico para os homens a dissociação do sexo em relação à experiência afetiva, além de se considerar a atividade sexual masculina como um rito de passagem importante para a constituição da virilidade (HEILBORN; BRANDÃO, 1999).

Desse modo, a relação sexual pode ser considerada como uma necessidade orgânica para os homens e uma obrigação para as mulheres (RESSEL; GUALDA, 2003), fazendo emergir a questão central do poder masculino frente ao controle da sexualidade e do corpo da mulher (SOUZAS; ALVARENGA, 2001).

Por conseguinte, “a tendência dos homens em ignorar o desejo das mulheres não decorre de uma lógica intrínseca da esfera sexual, mas corresponde a um dos aspectos de uma socialização de gênero diferencial, que não se manifesta apenas através da sexualidade”

(BOZON, 2004, p.14).

Já na perspectiva feminina, as relações afetivo-sexuais estão revestidas, principalmente

pela expectativa do estabelecimento de um vínculo amoroso. Tal modulação do gênero inscreve-se no modo como homens e mulheres constituem a própria subjetividade (HELBORN; BRANDÃO, 1999).

As reflexões, frente a essas atitudes masculinas e femininas, retratam questões de gênero ligadas à sexualidade e dominação. Assim, a sexualidade é fundada na oposição e hierarquização entre masculino/feminino, estabelecendo uma ligação entre sexualidade e dominação (BOZON, 1999).

Por outro lado, é preciso ressaltar as causas de ordem cultural, que acabam criando e reforçando rótulos para as mulheres, depreciando-as sexualmente e trazendo um controle de sua sexualidade (RESSEL; GUALDA, 2003). Nesse sentido, os processos de construção e de negociação da relação conjugal, desvelam o corpo feminino como objeto de controle de diferentes formas de poder e hierarquias de gênero. Regras e valores morais entram no processo de configuração da sexualidade, caracterizando a condição feminina nessas relações. No âmbito da intimidade e da sociabilidade conjugal, o exercício do poder, revelado pelas mulheres, é masculino (SOUZAS; ALVARENGA, 2001).

De acordo com Heilborn e Brandão (1999, p.08), “inúmeros fatores concorrem para a estruturação das relações afetivas e/ou sexuais, a exemplo da assimetria nas relações de gênero, confiança no(a) parceiro(a), vínculo social e/ou amoroso”.

Estudo de Souza e Alvarenga (2001) destaca que as mulheres narraram situações de exigências constrangedoras criadas para obrigá-las a manter relação sexual. Algumas mulheres submetiam-se a isso, entendendo tal tomada de atitude como uma obrigação marital, que evitaria maiores conflitos com o cônjuge. A falta de diálogo entre o casal faz com que a mulher nem sempre assuma diante do seu parceiro a sua indisposição para o ato (GOZZO et al, 2000; TRINDADE; FERREIRA, 2008).

De fato, a falta de poder de barganha reforça a condição de subordinação da mulher, deixando-a em desvantagem em muitos aspectos relacionados à sexualidade, o que dificulta a negociação com o parceiro e, conseqüentemente, faz com que a mulher se submeta às exigências masculinas.

O privilégio conferido ao homem, na liberdade de satisfazer seus desejos e impulsos

sexuais, o deixa em posição privilegiada quanto à mulher, fazendo com que a sexualidade e o corpo feminino se apresentem como campos de dominação e de exercício do poder masculino.

Conclusões

A sexualidade ainda é um tema impregnado de normas e dispositivos reguladores. Também é um assunto que envolve a intimidade das pessoas, as relações afetivas e de gênero e a vida privada, permeado por tabus que dificultam a discussão sobre esse tema.

Estudar sobre a sexualidade requer um conhecimento das questões de gênero, das relações de poder e dominação, repressão sexual e dogmas religiosos. Em nossa sociedade, esses fatores fazem parte de uma história sócio-político-cultural que contribui para que o sexo e a sexualidade sejam representados e vivenciados de forma assimétrica por homens e mulheres, imprimindo desigualdades.

A sexualidade masculina associada à virilidade, em contraposição à sexualidade feminina pautada por fatores psicológicos e afetivos, faz com que o homem ainda desempenhe o papel ativo nos relacionamentos sexuais. Assim, a assimetria de gênero no exercício da sexualidade, reforça a dominação e exercício do poder masculino frente ao corpo e sexualidade feminina, dificultando a negociação de medidas preventivas.

Por sua vez, deve-se considerar que a vivência da sexualidade e a expressão da prática sexual, estão imbricadas nas relações de gênero que estes sujeitos estabelecem e no significado e sentido dado à experiência da sexualidade. Destarte, o sexo e a sexualidade são influenciados por modelações culturais e, conseqüentemente, serão expressos como hábitos, prescrições e normas coletivas que ditam o que é permitido ou proibido.

Nesse sentido, o processo de socialização sexual somente é possível a partir das trocas e interações dadas socialmente e que atribuem significado sobre o masculino e feminino. Essas trocas ocorrem no senso comum e é resultado do processo comunicativo que orienta os modelos interpretativos dos papéis sexuais que serão desempenhados pelo homem e pela mulher.

A aproximação da temática do estudo nos remete a repensar os espaços de dominação e poder entre os sexos atrelados ao campo da sexualidade, o que implica em refletir sobre questões ligadas à sexualidade, contextualizando aspectos referentes aos papéis e assimetrias

sexuais masculinas e femininas, pois as pessoas constroem suas representações sobre o sexo e a sexualidade como sinônimos a partir de suas vivências cotidianas, dentro do contexto sócio-cultural em que estão inseridas.

Referências

ANJOS, Gabriele. Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 4, Dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222000000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31/05/2009.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998, 322p.

BOZON, Michel. **Les significations sociales des actes sexuels**. Actes de la recherche en sciences sociales, Paris, n.128, p.3-23, juin. 1999.

_____. **Sociologia da sexualidade**. Trad. Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: FGV. 2004. 172p.

CARVALHO, Evanilda S. S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido**: representações de mulheres e homens. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia -UFBA, Salvador.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. 152p.

GIAMI, Alain. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007.

GIR, Elucir., NOGUEIRA, Maria Suely PELÁ, Nilza T.R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Abr 2000, vol.8, no.2, p.33-40.

GOZZO, Thais O. et al. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Jul 2000, vol.8, no.3, p.84-90.

HEILBORN, Maria Luisa. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev. Estud. Fem.**, Abr 2006, vol.14, n.1, p.43-59.

HEILBORN, Maria Luisa et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fio Cruz, 2006. 536p.

HEILBORN, Maria Luisa, BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, Maria Luisa (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999. p. 7-17. Disponível na internet: <http://sistema.clam.org.br/biblioteca/files/Introdu%C3%A7%C3%A3o__Ci%C3%Aancias_Sociais_e_Sexualidade.pdf>. Acesso em: 15/10/2010.

LEAL, Andréa F., KNAUTH, Daniela R. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, jul. 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 11 abr. 2010.

MANDÚ, Edir N.T. A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual. **Rev. bras. enferm.**, Dez 2005, vol.58, no.6, p.703-709.

MOTT, Luiz. **Teoria Antropológica e sexualidade humana**. Disponível na internet: <http://www.antropologia.ufba.br/artigos/teoria.pdf>. Acesso em 15/10/2010

NASCIMENTO. Enilda R. Construção de indicadores de gênero para avaliação da assistência de enfermagem: aspectos teóricos e metodológicos. In: FERREIRA, S. L., NASCIMENTO, E. R. (orgs.). **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM/UFBA, Coleção Baianas 07, 2002. p. 125-139.

OLIVEIRA, Maria Helena P., GOMES, Romeu, OLIVEIRA, Camila Mariana. Hanseníase e sexualidade: con-vivendo com a diferença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Jan1999, vol.7, no.1, p.85-91.

PAIVA, Mirian S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000. 170p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PAULA, Maria Ângela B. **Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas es-tomizadas**: conhecer para transformar. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2008.

REBELLO, Lúcia E. F. S.; GOMES, Romeu. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, Abril 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/06/2009

REIS, Renata Karina. **Convivendo com a diferença**: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/aids. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004. 142p.

RESSEL, Lúcia Beatriz.; GUALDA, Dulce Maria R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 37, n. 3, Sept. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13/06/2009.

RIBEIRO, Jucélia S. B. "Brincar de osadia": sexualidade e socialização infanto-juvenil no universo de classes populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/06/2009.

SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Da negociação às estratégias: relações conjugais e de gênero no discurso de mulheres de baixa renda em São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31/05/ 2009.

TRINDADE, Wânia R.; FERREIRA, Márcia A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Junho de 2009.

VALE, Alexandre F. C. Antropologia e sexualidade: por um descentramento da enunciação científica. **Revista Bagoas**, vol. 02, n. 02, p. 115-132. 2008. Disponível na internet: http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v02n02art05_vale.pdf. Acesso em: 15/10/2010

VANCE, Carole S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311995000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de Novembro de 2010.

Segurança alimentar e nutricional: aperfeiçoamento de um protocolo de indicadores para avaliação em âmbito local

Marlus Henrique Queiroz Pereira

Barbara Eduarda Panelli-Martins

Maria Luiza Amorim Sena Pereira

Sandra Maria Chaves dos Santos

Nas últimas décadas no Brasil observa-se o crescente desenvolvimento de políticas públicas e programas de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para população brasileira, e concomitantemente, evidencia-se a necessidade de instrumentos de monitoramento e avaliação dessas estratégias (CUSTÓDIO, 2012; VIEIRA, 2013; AZEVEDO, 2016). Estes instrumentos são imprescindíveis no diagnóstico inicial do panorama da SAN, no processo de implementação das ações, no que tange à focalização e cobertura da população-alvo, bem como na avaliação do impacto de políticas, programas e ações (SANTOS, 2008). Desta forma, tornou-se necessário e urgente a definição de métodos de avaliação da SAN adequados, principalmente em nível municipal, onde as políticas de SAN devem ser executadas (PANELLI-MARTINS, 2008; KEPPLER, 2011).

A SAN é um fenômeno complexo, que abrange aspectos ambientais, políticos, econômicos, regionais, de saúde, entre outros (FREITAS, 2007; PINSTRUP-ANDERSEN, 2009; HENDRIKS, 2015). A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional define a SAN da seguinte forma:

A segurança Alimentar e Nutricional entende-se a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base

práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006, p. 1).

Por essa característica abrangente, e de natureza interdisciplinar, há desafios em sua abordagem, considerando que cada campo de conhecimento envolvido tem sua própria perspectiva e expectativa na compreensão desse conceito, formulação de indicadores e formas de avaliar esse fenômeno (PANELLI-MARTINS, 2008; PINSTRUP-ANDERSEN, 2009; COSTA, 2012; HENDRIKS, 2015).

A avaliação da SAN, assim como aquela dirigida a outros fenômenos e políticas ou programas sociais, deve ser um processo dinâmico, planejado e sistemático, de modo a auxiliar na formação de um juízo sobre uma oferta de serviços ou de um projeto, constituindo para além do diagnóstico – uma ajuda à decisão – que deve ocorrer de forma permanente (SERRA, 2004; TANAKA, 2012). Nesse processo deve ser incentivada a incorporação de instrumentos de fácil manejo, que tenham condições técnicas e operacionais de serem executados, principalmente pelos gestores municipais (TOMASI, 2003).

A demanda pela avaliação da SAN tem levado ao desenvolvimento de vários métodos para a mensuração do problema, tanto por instituições nacionais como internacionais, sendo que cada um deles analisa o fato segundo uma escala e um ponto de vista diferente (PEREZ-ESCAMILLA, 2008).

A FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*) aponta para a necessidade da criação de um protocolo com indicadores básicos que consiga avaliar a SAN em todas as suas dimensões (Disponibilidade de Alimentos – DA, Acesso aos Alimentos – AA, Consumo de Alimentos – CA, e Utilização Biológica de Nutrientes – UBN), principalmente em âmbito local.

Isso se torna mais relevante no Brasil devido ao processo de descentralização das políticas sociais, uma vez que cabe ao município ser capaz de identificar os grupos socialmente vulneráveis e agir de forma competente e responsável, bem como avaliar os resultados destas ações. Entretanto aqueles municípios de pequeno e médio porte muitas vezes não dispõem de recursos humanos e administrativos para o diagnóstico e planejamento da SAN em nível municipal, o que em muitos casos, contribui para a ausência de ações de promoção da SAN. Assim, torna-se necessário a concepção de métodos capazes de medir a SAN, de fácil

manejo e operacionalização e que possam apontar áreas prioritárias para atuação, com a finalidade de orientar as ações voltadas à garantia da SAN em âmbito municipal (JANUZZI, 2005; PANELLI-MARTINS, 2007).

Com o intuito de preencher esta lacuna no campo do diagnóstico e da avaliação da intervenção pública na área da SAN, principalmente no plano municipal, Panelli-Martins e colaboradores (2008) desenvolveram e aplicaram um protocolo de indicadores que constitui um meio potencialmente viável para a avaliação proposta, na medida em que se trata de uma metodologia que adota como fonte das informações para cálculo dos indicadores dados disponíveis em bases oficiais de acesso público, o que reduz custos, e torna o instrumento de avaliação mais viável à realidade dos municípios de pequeno porte. As autoras destacaram, no entanto, a necessidade de atualização constante dos indicadores e dos parâmetros, de forma a manter a capacidade de respostas do modelo. Assim, tendo em vista que a metodologia foi construída e aplicada na primeira metade dos anos 2000, e que a intervenção social no Brasil mudou substancialmente desde então, com impacto também sobre a SAN, torna-se relevante aperfeiçoar a metodologia.

Desta forma, este texto objetiva apresentar o processo e os resultados obtidos no aperfeiçoamento do protocolo de indicadores para avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito municipal.

Parte-se neste trabalho do entendimento de que a avaliação da SAN deve ocorrer periodicamente, como um método de análise das ações, planos, políticas e programas, apresentando-se para além de um julgamento de valores, como uma ferramenta de ajuda à decisão (SERRA, 2004; SANTOS, 2008; TANAKA, 2012).

Proposição do protocolo de indicadores para avaliação da SAN

A metodologia adotada para construção do protocolo partiu dos trabalhos desenvolvidos por Guimarães (2004) e Santos (2006) quando da proposição de um protocolo para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais.

Assim, para a construção do protocolo original, que serviu como ponto de partida deste trabalho, a primeira etapa foi à adoção de um conceito guia para a SAN, sendo utilizado aquele

estabelecido na Cúpula Mundial de Alimentação de Roma, em 1996. Posteriormente foram identificadas as dimensões as quais o conceito alcançava, a saber: disponibilidade consumo dos alimentos, acesso aos alimentos e utilização biológica dos nutrientes (GROSS, 2000) (Quadro 1).

Ainda no processo de construção do protocolo, foi adotado o conceito de indicador utilizado pela OPAS (Organização Pan-americana da Saúde), e a partir disso iniciou-se a seleção e a construção dos indicadores que considerou algumas propriedades desejáveis, como: relevância social, confiabilidade e validade do constructo; bem como as características esperáveis, a saber: sensibilidade, especificidade, inteligibilidade, periodicidade, factibilidade, historicidade (JANUZZI, 2005; PANELLI-MARTINS, 2008).

Para cada um dos indicadores selecionados ou construídos foi elaborada uma premissa que objetivou estabelecer uma relação entre o resultado alcançado pelo indicador e o conceito da SAN, visando nortear a avaliação. Isto se fez como estratégia de controle do protocolo, de forma que se pudesse, ao final, contar com um elenco mínimo de indicadores capazes de expressar o fenômeno em observação e também para apoiar a análise dos resultados (PANELLI-MARTINS, 2008).

De posse dos indicadores propostos, seguiu-se à construção do protocolo no qual são discriminados, para cada indicador, a fórmula ou o critério de sua obtenção, os parâmetros para classificá-los, a pontuação referida a cada resultado, os meios de verificação e as premissas. Ao final da construção o protocolo foi composto por 20 indicadores, agrupados nas quatro dimensões de análise da SAN (Quadro 1).

Como resultados da aplicação inicial, realizada entre 2004 e 2006, a metodologia mostrou-se viável, apesar de dificuldades de acesso aos dados de alguns indicadores – principalmente na dimensão de disponibilidade de alimentos – relevantes para a mensuração da SAN. No entanto, tal observação não foi um impedimento para a avaliação da SAN no município estudado (PANELLI-MARTINS, 2008).

Após este momento inicial de desenvolvimento e primeira aplicação, o protocolo de indicadores foi aplicado em mais 28 municípios do estado da Bahia através do projeto de pesquisa Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional em Âmbito Municipal no Estado da Bahia: Aplicação, Avaliação e Reajustes em um Protocolo de Indicadores – AVSAN – Bahia, no

período de 2008 a 2010 (SANTOS, 2010).

Os resultados observados neste último trabalho ratificaram que o protocolo de indicadores significou uma nova metodologia para avaliação da SAN em nível municipal, tanto pela viabilidade de execução, quanto pela capacidade de revelar diferentes situações de SAN – seus determinantes e resultados gerados pelas intervenções.

Entretanto com as recentes mudanças nas agendas política e social relacionadas ao enfrentamento da Insegurança Alimentar (IA), principalmente com a implementação de novas ações, programas e políticas públicas na área, fez-se necessário o ajuste do protocolo considerando o atual cenário nacional.

Atualização do protocolo de indicadores para avaliação da SAN

Para o ajuste do protocolo de indicadores os passos foram semelhantes àqueles dados para a sua construção. Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de identificar estudos que trabalharam com a temática da avaliação da SAN, principalmente por meio de indicadores sociais, econômicos, de saúde e nutricionais. Foi realizada ainda uma consulta ao novo banco de dados para indicadores de SAN, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), o DATASOCIAL, bem como foram revisitados bancos de dados e sistemas de informações já consolidados, a saber: o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), e o da Superintendência de Estudos Sociais e Econômicos da Bahia (SEI), com intuito de verificar a existência de algum novo indicador adequado à pesquisa.

Concomitante à revisão da literatura foi realizada uma análise do protocolo original para verificar se os indicadores ainda apresentavam as propriedades e características desejáveis, mencionadas anteriormente. Assim, após esse momento inicial da pesquisa, e de posse dos indicadores (novos e antigos), o protocolo foi ajustado excluindo e acrescentando indicadores conforme os critérios apresentados.

Na atualização do instrumento seguiu-se o modelo de construção do protocolo original, ou seja, para cada indicador foi atribuído: a fórmula ou o critério de sua obtenção, os parâmetros

para classificá-los, a pontuação referida a cada resultado, os meios de verificação e as premissas.

A estrutura do protocolo de indicadores

O protocolo atualizado é composto por 23 indicadores, diferentemente dos 20 anteriormente apresentados no protocolo original. Foram excluídos 10 indicadores da proposta inicial e foram incluídos 13 novos indicadores. Estes indicadores selecionados avaliam a SAN, entendendo a sua complexidade e interdisciplinaridade. Desta forma, os indicadores perpassam por vários aspectos da sociedade como condições de saúde, nível de escolaridade, renda per capita, clima, condições de saneamento, financiamento da agricultura, entre outros. O processo de aperfeiçoamento do protocolo pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1: Processo de aperfeiçoamento do protocolo de indicadores. Salvador/BA, 2015.

Aspectos que norteiam a construção dos indicadores	Indicadores no protocolo original	Indicadores no protocolo atualizado	Parâmetros	Premissas
Dimensão de Disponibilidade de alimentos	Conceito Guia: refere-se a fatores relacionados à produção, transporte, armazenamento e à comercialização de alimentos que interferem na disponibilidade de alimentos para a população dos municípios, e consequentemente refletem na condição de SAN.	-	-	-
Autossuficiência de Alimentos	Existência de armazéns municipais para estoque dos alimentos	-	-	-
Condições Climáticas	-	Existência do estado de situação de emergência no município	Sim Não	A agricultura pode ser considerada a primeira área a sofrer danos em decorrência da estiagem ou excesso de chuva por um período prolongado. Assim, ocorre o comprometimento dos ecossistemas naturais e agrícolas, interferindo desta forma na produção e disponibilidade de alimentos
Infraestrutura rodoviária para escoamento da produção	Números de vias de acesso em boas condições Existência de estratégias de vias de acesso em condições adequadas de tráfego entre a zona urbana e rural	-	-	-
Incentivo de produção e comercialização para agricultores familiares	Existência de estratégias de aproximação do pequeno produtor com o consumidor Diversidade de linhas de fontes para crédito ao pequeno produtor	Percentual de estabelecimentos rurais da agricultura familiar com declaração de aptidão ao PRONAF (DAP) Percentual de estabelecimentos rurais no município com acesso aos recursos do Programa	> 65% Adequado 65% a 50% Aceitável < 50% Inadequado > 30% Adequado 30 a 20% Aceitável	A DAP é utilizada como instrumento de identificação do agricultor familiar para acessar políticas públicas e incentivos governamentais como os financiamentos para agricultura, que por sua vez, impulsionam a capacidade produtiva dos estabelecimentos da agricultura familiar. O PRONAF financia projetos que possibilita a geração de renda aos agricultores familiares e assentados da reforma agrária. Esses investimentos ampliam a capacidade de

Continuação do Quadro 1.

Aspectos que nortearam a construção dos indicadores	Indicadores no protocolo original	Indicadores no protocolo atualizado	Parâmetros	Premissas
	Percentual de alimentos comercializados na feira livre de origem local	Percentual de estabelecimentos rurais com acesso ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)	<p>20% Inadequado</p> <p>> 10% Inadequado < 10 %</p>	<p>produtividade nos estabelecimentos rurais, e a disponibilidade dos alimentos na região.</p> <p>A compra de alimentos dos pequenos agricultores por meio do PAA, além de movimentar o cenário econômico da região, possibilita a organização e planejamento da oferta no segmento produtivo, em relação cumprimento das normas técnicas e sanitárias. Esse processo também possibilita o aumento, a diversificação e a melhoria da qualidade da produção para o autoconsumo, fatores que extrapolam para o comércio local.</p>
Cooperativismo	Existência de cooperativas de pequenos produtores	Existência de cooperativas agropecuárias	<p>+1 Adequado 1 = Aceitável 0 Inadequado</p>	<p>Estes estabelecimentos promovem o fortalecimento da produção local, favorecendo o aumento da oferta local de alimentos e o aumento da renda das famílias dos pequenos produtores. Atuam no fomento e na comercialização dos produtos agrícolas, inclusive implantando novos cultivos e agregando valor aos produtos.</p>
Dimensão de Disponibilidade de alimentos - Conceito Guia: engloba fatores sociais, econômicos e culturais que interferem na aquisição dos alimentos pela população, e que de alguma forma impactam no estado de SAN				
Condições de renda	Renda do responsável pelos domicílios particulares	<p>Média da renda domiciliar mensal <i>per capita</i></p> <p>Índice de Gini da renda domiciliar</p> <p>Razão de renda</p> <p>Proporção de pessoas com baixa renda</p>	<p>$> \frac{1}{2}$ SM - Adequado $< \frac{1}{2}$ SM - Inadequado</p> <p>>0,500 Adequado 0,501 - 0,700 Aceitável > 0,700 Inadequada</p> <p>< 33 Adequado > 33 e < 42 Aceitável > 42 Inadequado < 34 Adequado</p>	<p>A renda presente no domicílio está associada a possibilidade de aquisição e utilização de bens e serviços essenciais à manutenção do estado de saúde, em especial à aquisição de alimentos</p> <p>A concentração de renda revela uma desigualdade no município, em que uma minoria da população apresenta um capital acumulado, enquanto que a maioria das pessoas possuem baixa renda. A renda baixa dificulta o acesso às necessidades essenciais de consumo, bem como a aquisição de alimentos em quantidade e qualidade suficientes.</p> <p>A condição de baixa renda está relacionada a dificuldade de acesso a bens e serviços essenciais,</p>

Continuação do Quadro 1.

Aspectos que nortearam a construção dos indicadores	Indicadores no protocolo original	Indicadores no protocolo atualizado	Parâmetros	Premissas
Nível de Escolaridade	Distribuição dos domicílios segundo anos de estudo do responsável pelo domicílio	Taxa de analfabetismo	> 34 e < 54 Aceitável > 54 Inadequado < 9 Adequado > 9 e < 23 Aceitável > 23 Inadequado	bem, como a aquisição de alimentos. Essa situação está relacionada diretamente com a Insegurança Alimentar. A escolaridade da população influencia não só na seleção e preparo dos alimentos, mas principalmente nas chances de obter uma melhor remuneração no trabalho, que por sua vez possibilitaria um maior condição de acesso aos alimentos.
Emprego	-	Percentual da população com menos de 4 anos de estudo Percentual de desemprego na população	< 23% Adequado > 23% e < 31% Aceitável > 31% Inadequado < 6% Adequado > 6% e < 18% Aceitável > 18% Inadequado	O desemprego e subemprego são os principais motivos, da falta de poder aquisitivo da população, que pode limitar o acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficientes. O desemprego é considerado uma das principais causas da pobreza e fome.
Densidade Domiciliar	Número de moradores por domicílios particulares	Número de moradores por domicílios particulares	< 3,34 Adequado > 3,4 Inadequado	A maior densidade de moradores por domicílio implica em maior diluição da renda, reduzindo o potencial de compra de alimentos.
Pessoal de referência no domicílio	Percentual de famílias chefiadas por mulheres.	Percentual de famílias chefiadas por mulheres.	> 30% - inadequada 25 - 30% - aceitável < 26% - adequada	O sexo do chefe de família relaciona-se com o acesso, por influenciar na renda na escolha e preparação dos alimentos. Famílias chefiadas por mulheres são mais susceptíveis a IA.
Acesso às políticas de Segurança Alimentar e Nutricional	-	Percentual de famílias de baixa renda atendida pelo Programa Bolsa Família (PBF) Quantidade de equipamentos públicos de SAN	>= 65% Adequado 65 a 50% Aceitável < 50% Inadequado >=1 =1 0	O acesso das famílias de baixa renda ao PBF está relacionado ao aumento do poder aquisitivo, e uma maior capacidade de aquisição e alimentos. Os equipamentos públicos compõem uma ação estratégicas da Política Nacional de SAN, contribuindo para a redução dos índices de Insegurança Alimentar, além de promover o acesso à alimentação de qualidade.

Continuação do Quadro 1.

Aspectos que nortearam a construção dos indicadores	Indicadores no protocolo original	Indicadores no protocolo atualizado	Parâmetros	Premissas
Dimensão de Consumo de Alimentos	Conceito Guia: refere-se a fatores relacionados ao estado de saúde e nutrição da população que refletem no padrão nutricional.			
Consumo Alimentar	Percentual de aleitamento materno exclusivo	Percentual de aleitamento materno exclusivo	> 90% - adequado 70 - 90% - aceitável < 70% - inadequado	O leite materno fornece nutrientes adequados qualitativamente e quantitativamente para o crescimento/desenvolvimento até o 6º mês de vida. Elevadas prevalências estão associadas a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil.
Estado antropométrico	Percentual de crianças com baixo peso ao nascer	Percentual de crianças com baixo peso ao nascer	< 7% - adequado > 8% - inadequado	O peso ao nascer tem relação com o estado nutricional materno durante a gestação, interferindo diretamente no estado de saúde e sobrevida da criança.
	Percentual de crianças menores de 5 anos com déficit ponderal para idade	Percentual de crianças menores de 5 anos com déficit ponderal para idade	> 10% Inadequado 3 - 10% Aceitável < 3% Adequado	O déficit ponderal indica um estado de desnutrição atual uma consequência da desigualdade social e pobreza que acomete muitas famílias no Brasil. Essa situação está diretamente relacionada a uma alimentação inadequada nos primeiros anos de vida, e consequentemente a um estado de IA.
Dimensão de Utilização Biológica de Nutrientes - Conceito Guia: relaciona-se às condições de acesso a serviço sociais, de saneamento e de saúde e suas repercussões na alimentação e nutrição do indivíduo/população				
Mortalidade Infantil	Coeficiente de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	>=50/1000 NV = inadequado 20 - 49/1000 NV = aceitável <20/1000 NV = adequado	Reflete de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil, uma vez que está é mais suscetível aos agravos a saúde.
	Percentual de residências servidas com água tratada	- Percentual de residências servidas com água tratada	> 80% - Adequado <60% - inadequado	A Insegurança Alimentar (IA) para um domicílio depende do acesso a serviços que são, em grande parte dependentes da atuação do Estado (saneamento, fornecimento de água tratada, serviços de saúde, etc.) O abastecimento adequado de água em especial, está relacionado com um menor risco a IA, principalmente a IA grave.

Continuação do Quadro 1.

Aspectos que norteiam a construção dos indicadores	Indicadores no protocolo original	Indicadores no protocolo atualizado	Parâmetros	Premissas
	<p>Percentual de residências servidas com coletas de lixo doméstico</p> <p>Percentual de residências com coleta de esgoto doméstico</p>	<p>Percentual de residências com coleta de esgoto doméstico</p>	<p>> 65% adequado</p> <p>50 - 65% - aceitável</p> <p>< 50% - inadequado</p>	<p>A Insegurança Alimentar (IA) para um domicílio depende do acesso a serviços que são, em grande parte, dependentes da atuação do Estado (saneamento, fornecimento de água tratada, serviços de saúde, etc.) A presença de esgoto apropriado, em especial, está relacionado com um menor risco a IA.</p>
Políticas de Saúde	<p>Programa de Saúde da Família implantado e funcionando</p> <p>População atendida pelos Agentes Comunitários de Saúde</p>	<p>Percentual da população coberta pelo programa Saúde da Família</p>	<p>> 60% Adequado</p> <p><60 e > 50% Aceitável</p> <p>< 50% Inadequado</p>	<p>O acesso aos serviços de saúde na atenção básica pelo PSF, tem mostrado uma melhoria em muitos indicadores da saúde da população. Uma vez que essa estratégia trabalha na promoção da saúde, prevenção e no tratamento de doenças e agrava à saúde.</p>

Para a dimensão de disponibilidade de alimentos foram propostos cinco indicadores que abordam questões climáticas (situações de estiagem ou excesso de chuva), regularização e financiamentos voltados à produção por agricultores familiares e cooperativismo agropecuário. Na dimensão de acesso aos alimentos foram agrupados 11 indicadores, que buscam captar aspectos como, renda *per capita*, população de baixa renda, programas sociais, pessoa de referência no domicílio, emprego e escolaridade.

A dimensão de consumo dos alimentos foi composta por três indicadores, que refletem questões sobre o aleitamento materno, baixo peso ao nascer e desnutrição infantil. Na dimensão de utilização biológica de nutrientes foram listados quatro indicadores, que abordam questões como: cobertura do programa de saúde da família, rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário, e mortalidade infantil.

Para tornar a proposta inteligível elaborou-se um sistema de pontuação para traduzir os resultados dos 23 indicadores em diferentes categorias da SAN e IA (leve, moderada e grave). Foi atribuída então, para cada indicador uma pontuação de 0 a 10, sendo o valor zero associado com resultados indicativos de risco de IA e o valor 10 associado com resultados positivos para a SAN. Desta forma, o protocolo apresentou uma escala de pontuação de 0 a 230 pontos no total, assim distribuídos nas dimensões: DA, 0 a 50 pontos; AA, 0 a 110 pontos; CA, 0 a 30 pontos; e por fim, UBN, 0 a 40 pontos. Embora cada dimensão apresente valores absolutos diferentes, para efeito de cálculo foi considerado um peso de 25% para cada dimensão. A partir desse sistema de pontos foi criada também uma escala de classificação da SAN, relativa ao percentual de desempenho por quartis, fazendo corresponder a cada intervalo, uma situação de SAN (Tabela 1).

Para a análise dos resultados, portanto, considera-se que quanto mais o percentual dos resultados dos indicadores se aproxima de zero, este resultado revela condições de IA, por outro lado, quanto mais pontos forem obtidos na análise, aproximando-se dos 100%, melhores as condições de promoção da SAN.

Tabela 1: Categorias para avaliação da SAN municipal, segundo percentual de pontos do protocolo de indicadores e definição das categorias. Salvador, 2015.

%	Categoria	Definição
0 a 24,90%	Insegurança Alimentar grave	Resultados dos indicadores sinalizam para existência de muitos fatores comprometedores da SAN, implicando em situações de privação de alimentos e fome.
25 a 49,9%	Insegurança Alimentar moderada	Resultados dos indicadores sinalizam para existência de alguns fatores comprometedores da SAN, com risco de situações de privação de alimentos e fome.
50 a 74,9%	Insegurança Alimentar leve	Resultados dos indicadores sinalizam para existência de alguns fatores comprometedores da SAN, sem caracterizar risco de privação de alimentos e fome.
75 a 100%	Segurança Alimentar e Nutricional	Resultados dos indicadores sinalizam para condições favoráveis à promoção da SAN no município.

Fonte: SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

A análise e interpretação da situação de SAN pode ser realizada tanto completa quanto por dimensões; para tanto deve-se considerar o protocolo na íntegra, resultando em avaliação global da situação de SAN, ou por dimensão. A avaliação por dimensão permite a identificação mais específica, por meio da leitura de cada indicador, de aspectos que devem ser considerados como prioritários para o enfrentamento da IA, bem como outros fatores que são responsáveis pelos resultados favoráveis à SAN. Isso possibilita uma avaliação desagregada, auxiliando gestores municipais no direcionamento de ações e políticas públicas em dimensões de SAN ou áreas específicas.

O protocolo é uma estratégia diferenciada para avaliação da SAN, com o intuito de aperfeiçoar a avaliação em âmbito municipal. Mesmo com os avanços, o protocolo não é capaz de apresentar os resultados em nível intramunicipal (por distritos sanitários, zonas epidemiológicas ou bairros), sabendo-se da diversidade de condições existentes de SAN dentro de um mesmo município. Isso porque a maioria dos dados/informações não está disponível a este nível. Assim espera-se que o protocolo possa também ser usado junto com outros métodos, de forma a aperfeiçoar a compreensão dos múltiplos fatores envolvidos na problematização da IA, fornecendo maior efetividade da ação pública.

Conclusões

Este texto objetivou apresentar o processo e os resultados obtidos tendo em vista o aperfeiçoamento de um protocolo de indicadores desenvolvido para avaliar a situação de SAN

em âmbito municipal.

Partiu-se de um protocolo original, realizou-se um conjunto de atualizações de indicadores e de parâmetros a partir da revisão de literatura e em bases de dados públicas, considerando mudanças ocorridas no padrão de intervenção social no Brasil. Após exclusões e inserções, o estudo resultou em um protocolo com 23 indicadores, distribuídos em quatro dimensões da SAN, sendo possível identificar quatro tipos de situações no município: SAN, IA leve, IA moderada e IA grave, de forma geral e por dimensão, considerando os indicadores presentes em cada uma delas.

Propõe-se este protocolo como mais uma ferramenta para a avaliação da SAN, que busca preencher principalmente a lacuna da análise em nível municipal, esfera de governo na qual as políticas, ações e programas de SAN são executados. Além disso, o protocolo poderá auxiliar no planejamento e monitoramento das estratégias promotoras de SAN, bem como na focalização de ações e recursos, a fim de otimizá-los e contribuir de forma mais efetiva na melhoria das condições de SAN de indivíduos e comunidades.

Referências

AZEVEDO, E.; RIBAS, M. T. G. O. Estamos seguros? Reflexões sobre indicadores de avaliação da segurança alimentar e nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.29, n.2, p.241-251, 2016.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 179, 18 de setembro de 2006, seção 1, p. 1-2.

COSTA, C. A.; BOGUS, C. M. Food and Nutrition Security - meanings and appropriations from the civil society segment of the National Council for Food and Nutrition Security. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, n.21, v,1, p.103-114, 2012.

CUSTÓDIO, M. B.; YUBA, T. Y.; CYRILLO, D.C. Política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: uma análise da alocação de recursos. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, n. 33, v.2, p.144-50, 2013.

FREITAS, M. C. S.; PENA, P. G. L. Segurança Alimentar e Nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da Cultura. **Revista de Nutrição**, Campinas, n.20, v.1, p.69-81, 2007.

GUIMARAES, M. C. L.; SANTOS, S. M.C.; MELO, C.; SANCHES FILHO, A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, v.6, p.1642-1650, 2004.

GROSS, R.; SCHOENEBERGER, H.; PFEIFER, H.; PREUSS, H. J. The Four Dimensions of Food and Security: Definitions and Concepts. **SCN News**. n.20, p.1-17, 2000.

HENDRIKS, S. L. The food security continuum: a novel tool for understanding food insecurity as a range of experiences. **Food Security**, n.7, p.3; p.609-619, 2015.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, n.56, v.2, p.137-160, 2005.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORREA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.187-199, 2011.

PANELLI-MARTINS, B. E. **Análise de método de avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional: uma contribuição à política municipal de SAN**. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde) - Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PANELLI-MARTINS, B. E.; SANTOS, S. M. C.; ASSIS, A. M. O. Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, suppl., p.65-81, 2008.

PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORREA, A. M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**, Campinas, n.21, suppl., p.15-26, 2008.

PINSTRUP-ANDERSEN, P. Food Security: definition and measurement. **Food Security**, v.1, n.1, p.5-7, 2009.

SANTOS, S. M. C.; SANTOS, L. M. P. **Avaliação de Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional no Estado da Bahia**. 2. ed. São Paulo: Prol Editora Gráfica; 2008.

SANTOS, S. M. C.; GUIMARAES, M. C.; MELO, C. M. M.; SANCHES-FILHO, A. Subsídios

para avaliação da gestão pública: processo de construção de indicadores para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais. **Organizações e Sociedade**, v.13, n.37, p.109-124, 2006

SANTOS, S. M. C. **Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional em Âmbito Municipal no Estado da Bahia: Aplicação, Avaliação e Reajustes de um Protocolo de Indicadores**. Salvador, 2010. (Relatório de Pesquisa).

SERRA, M. G. **Evaluación de los servicios sociales**. Barcelona: Gedisa; 2004.

TANAKA, O. U.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.821-828, 2012.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; OSORIO, A.; FASSA, A. G. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. 2003; 37(6); 800-806.

VIEIRA, V. L.; GREGÓRIO, M. J.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; GRAÇA, A. P. S. R. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.2, p. 603-607, 2013.

Programa nacional de imunização: o que dizem os agentes comunitários de saúde?

Luziane dos Santos

Paloma de Souza Pinho Freitas

Josele de Farias Rodrigues Santa Bárbara

Aline Macedo Carvalho Freitas

Elaine Andrade Leal Silva

Fernanda de Oliveira Souza

O campo da saúde coletiva discute questões concernentes à epidemiologia da saúde, planejamento e políticas públicas, planificação da saúde, saúde ambiental, biologia, economia da saúde, gestão em saúde e vigilância a saúde. No Brasil, as doenças transmissíveis eram as principais causas de mortalidade infantil e o Programa Nacional de Imunização muito contribuiu para o controle das doenças transmissíveis.

Neste capítulo será apresentada uma discussão sobre as contribuições dos Agentes Comunitários de Saúde para a efetivação do Programa Nacional de Imunização (PNI). Convidamos você leitor, para refletir sobre as dificuldades e facilidades que os agentes comunitários de saúde vivenciam para o controle das doenças transmissíveis no território, no cotidiano e na rotina de trabalho.

O PNI é referência mundial pela adoção de estratégias diferenciadas para garantir altas coberturas da vacinação de rotina, investindo em campanhas anuais de imunização, estabelecimento de metas, ampliação da população-alvo, integrando a vacinação para crianças, adolescentes, adultos e idosos (PEREIRA, et al., 2013).

Para isso, a Atenção Básica (AB), inserida nas estratégias de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), destaca-se pelo desenvolvimento de ações multiprofissionais direcionadas para a atenção à saúde integral dos indivíduos e da coletividade dos sujeitos sociais. As ações das USF são direcionadas para territórios definidos, possibilitando o reconhecimento dos critérios de exposição a riscos e vulnerabilidades, e a oferta do máximo de acompanhamento possível, com a finalidade que as necessidades sejam reconhecidas e as ações abrangentes direcionadas para a proteção e promoção da saúde, a prevenção de agravos, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, estejam disponíveis para toda a população (BRASIL, 2012).

Os fatores que dificultam para as baixas coberturas de vacinação são provenientes, do sistema de imunização, estrutura de distribuição de vacinas, e de características familiares que envolvem as condições socioeconômicas, idade materna, multiparidade, baixa escolaridade, trabalho fora do lar, conflitos trabalhistas, dificuldade de locomoção, ausência de seguro saúde e o acometimento de doenças (OLIVEIRA; MARTINEZ; ROCHA, 2014).

Diante do exposto, para uma efetiva cobertura vacinal da população em todas as faixas etárias, faz-se necessário a contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para a realização de um trabalho de sensibilização durante suas visitas domiciliares, antes mesmo da chegada do usuário a sala de vacinação.

A equipe de saúde lança mão de estratégias, como reuniões para discutir sobre as intervenções que podem ser implementadas para o alcance da cobertura vacinal, utilizando o espaço da sala de espera, das escolas na comunidade e outros espaços disponíveis que possibilitem o desenvolvimento de ações educativas voltadas para o esclarecimento sobre a imunoprevenção. Com isso toda equipe tem a oportunidade de desenvolver habilidades relacionadas à comunicação e interação permitindo a troca de conhecimentos entre os participantes.

Neste sentido, é de grande relevância o trabalho contínuo de visitas domiciliares (VDs) efetuadas pelos ACS como facilitadores desse processo, por meio da utilização de estratégias de esclarecimentos, disseminação de informações, busca ativa de faltosos e promoção do vínculo entre a comunidade e a USF, o que pode gerar um aumento da cobertura vacinal e diminuição da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis na população.

A trajetória

O caminho delineado para conhecer de que forma os Agentes Comunitários de Saúde atuam para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no município de Santo Antônio de Jesus-BA, foi definido através da imersão na pesquisa de natureza qualitativa, de caráter descritivo.

Para a pesquisa, foram selecionadas 11 Unidades Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde, em dois Distritos Sanitários diferentes da zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus. Os 12 ACS participantes da pesquisa foram escolhidos aleatoriamente a partir de um sorteio, sendo selecionado um ACS por equipe de saúde. A participação se deu de forma voluntária, após esclarecimento e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada um dos participantes, dando cumprimento ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, no período de junho a agosto de 2014 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados, foram-lhes atribuídos codinomes ACS1, ACS2 e assim sucessivamente.

A análise foi realizada em três etapas, apresentadas por Minayo (2010, p. 316-318), a saber: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados obtidos e Interpretação. Através desta trajetória apresentamos a seguir a discussão sobre os ACS e as suas atribuições para efetividade do PNI; as facilidades e dificuldades para efetivação do PNI.

Os ACS e as suas atribuições para a efetividade do PNI

A reforma do setor saúde suscitou avanços na qualidade de vida da população brasileira através da inserção de estratégias de prevenção, promoção e melhorias de acessos aos serviços de saúde. As referidas conquistas foram garantidas a partir da implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, de transição rápida, passando a ser mais abrangente em 1994, com o Programa de Saúde da Família (MELO, et al., 2010; SHIMIZU; CARVALHO, 2012).

Diante da necessidade de mudanças e ampliação da assistência à saúde, é proposto

pelo Ministério da Saúde um novo reordenamento da Atenção Básica, e assim o PSF, passa a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo incorporado neste o PACS, agregado o Agente Comunitário de Saúde (ACS) à equipe de saúde. A inserção deste trabalhador foi notadamente incorporada como elemento de fundamental importância para o processo de mudanças da assistência à saúde da população, uma vez que, estes exercem ações que os permitem conhecer de perto as reais condições de vida e saúde da comunidade (SANTOS, FRACOLLI, 2009).

Os ACS possuem o papel de mediador social, sendo considerado como um elo entre os objetos das políticas sociais do Estado e os objetos próprios e ao modo de vida da comunidade, entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde, e a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NASCIMENTO; CORREA, 2008; GOMES, 2009).

Entre as atribuições que lhes são designadas, os ACS também desenvolvem ações de educação, vigilância em saúde e o levantamento de dados epidemiológicos exigindo destes, a necessidade de conhecimentos, responsabilidades e compromissos com os trabalhos desenvolvidos no Programa Nacional de Imunização (PNI) (COSTA et al., 2013). Tal atribuição é notadamente reconhecida conforme identificado no relato:

[...] um elo entre a unidade de saúde e a comunidade, acho que o ACS é o principal motivador e incentivador de está buscando, incentivar essas famílias a estarem participando do Programa Nacional de Imunização [...] (ACS 6).

A percepção dos ACS de serem o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, os coloca em uma posição privilegiada no que diz respeito em conhecer sua microárea de atuação e ser o informante da situação de saúde daquela comunidade para a equipe. A partir desse contexto o ACS se reconhece no desenvolvimento do seu papel, como pilar do serviço de saúde, consolidando pontes de acesso e troca de informações entre a comunidade e o serviço.

A imunização através das vacinas tem possibilitado à prevenção, o controle, a eliminação, erradicação de doenças imunopreveníveis e a redução da mortalidade por agravos à saúde (BRASIL, 2014). Nesta área, salienta-se a importante atribuição dos ACS em seus trabalhos durante as Visitas Domiciliar (VD), diante do processo de acompanhamento e verificação

periódica da Caderneta de Saúde da Criança, dos cartões de vacinas das gestantes, adolescentes, adultos e idosos e as orientações sobre imunização e buscas ativas dos faltosos, o que têm possibilitado mudanças no cenário de saúde pública do país, através das conquistas de ampliação da cobertura vacinal, conforme observado em muitos estudos (BRASIL, 2001; GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009; YOKOKURA, 2013).

A seguir, o ACS 1, acrescenta que o seu papel como estimulador é fundamental, pois muitas pessoas mesmo sabendo da importância de estarem imunizadas, aguardam uma visita do ACS para sentirem-se estimuladas a se vacinarem.

[...] às vezes as pessoas esperam uma visita nossa para poder trazer as crianças, os adolescentes, na unidade para tomar a vacina, é fundamental (ACS 1).

O elo delinea um mecanismo de comunicação onde há um emissor e um receptor. Assim, a palavra, a informação, a expressão verbal e não verbal, são codificadas pelo agente comunitário que se comunica com a USF, a comunidade e os mais diversos núcleos familiares.

Muito importante [...] como o povo fala que nós somos a ponta, e eu mim considero a ponta, eu! Por que através da gente é que leva para o Governo Federal todas as informações, quantas doses de vacina vêm, devido às listas que nós fazemos (ACS 9).

As capilaridades apresentadas conforme relatos dos ACS 1 e 9, contribuem para o alcance das pessoas, facilitando inclusive a efetivação do PNI. Em consonância com essa ideia, Mendes (2012), expõe que é bom lembrar que o SUS é a política social de maior alcance no Brasil, que chega com legitimidade e regularidade aos domicílios de mais da metade de nossa população, especialmente através dos ACS.

O ACS 9 pontuou também que as informações coletadas são conduzidas ao governo federal. Jaeger (2003), expõe que no processo de comunicação escrita e formal, o ACS também é responsável pelo preenchimento dos Instrumentos do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em especial, as fichas de atenção à criança, à gestante e as referentes às doenças que estão sob controle. O instrumento permite o registro de diversas informações de interesse das equipes e do gestor municipal, relativas à saúde da população coberta e ao andamento das atividades das equipes. Essas informações são importantes para a prevenção e a promoção de saúde.

Faz-se notório reforçar que não se constitui apenas papel do ACS manter vigilância em saúde das crianças, gestantes, adolescentes, adultos e idosos que se encontram com o calendário vacinal desatualizado, visto que é uma responsabilidade de toda sociedade, pois um indivíduo vivendo em situação de vulnerabilidade para adquirir algum tipo de doença imunoprevenível torna-se um fator de risco para outros sujeitos que convivem com a mesma. Observa-se que a fala do ACS 11 difere das demais, onde este faz o levantamento de um discurso importante como sendo papel de todos:

[...] o meu papel eu acho que é assim, de grande importância [...] eu acho que o papel não é só do agente comunitário, que se tem uma creche que a criança vai com o cartão de vacina pra uma creche o pessoal da coordenação lá, tem que ver a vacina que a criança está sem tomar, por que além de prejudicar essa, está **prejudicando ainda as crianças que está lá** (ACS 11).

Os ACS, quando cumprem suas atribuições de maneira adequada, podem transformar suas ações de trabalho através do uso de instrumentos, dentre elas a comunicação, para adquirirem o respeito e exercer papel de liderança na comunidade (BRASIL, 2016). Estas ações são reconhecidas por esses sujeitos como muito importante e fundamental para o fortalecimento da saúde coletiva na ESF, conforme se observa nos discursos:

É muito **importante**, é um papel **fundamental**, porque se não fosse os agente, quem ia **fazer a busca, orientar, ir nas casas, saber quais são as dúvidas** [...] ajuda também a sempre aumentar o índice da prevenção (ACS 4).

[...] o agente comunitário tem o papel de **ir na comunidade**, para está **alertando, incentivando, orientando**, [...] através das visitas domiciliares a gente tem a oportunidade de **mostrar**, de incentivar [...] promover mesmo a imunização [...] é super **importante**, a visita do agente comunitário, tem um papel de **orientar** mesmo, de **promover** mesmo a imunização né, a vacinação (ACS 7).

Os relatos supracitados reforçam a importância do acolhimento dos ACS para o fortalecimento das ações de saúde, do processo de trabalho e da confiança, o que facilita o reconhecimento das necessidades de saúde, permite o estreitamento de vínculos entre a comunidade e a equipe, além de satisfazerem os usuários do serviço na medida em que as suas necessidades e cuidados à saúde são atendidas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016).

O ACS também permite o elo entre o usuário dos serviços de saúde e a equipe, a partir do que vê e ouve da população para que as ações de saúde sejam planejadas pela equipe. O Agente passa a atuar como mediador social, aquele que traduz para a equipe de saúde as

necessidades da comunidade, e garante a vinculação e a identidade cultural de grupo com as pessoas sob sua responsabilidade em relação às ações oferecidas no serviço público de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

A partir das análises descritas, fica evidente que a compreensão dos ACS em relação ao seu papel para a efetivação do PNI, perpassa de ser apenas um informante em sua microárea, pois junto com a informação eles orientam, estimulam, incentivam, alertam, evitam a ocorrência do aumento de doenças e agravos na comunidade, contribuem para a melhoria da saúde pública e estabelecem vínculos necessários para o funcionamento das estratégias desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família.

Aspectos facilitadores para a efetivação do PNI

Para a concretização e o adequado funcionamento das ações estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização, além da pactuação entre União, Estados e Municípios que permeiam a oferta de imunobiológicos eficazes e seguros para a população, faz-se necessário que todos os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente os envolvidos nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS) estejam sensibilizados, comprometidos e responsabilizados quanto a importância das suas atribuições diante da efetivação do PNI.

Entre os profissionais da APS, os ACS possuem atribuições que são essenciais para o fortalecimento das estratégias do PNI, uma vez que estes exercem funções que os permitem contato direto com a população (BRASIL, 2009).

Conforme observado sobre a importância dos ACS enquanto sujeitos sociais transformadores das ações de políticas públicas do país, analisaremos quais as ações desenvolvidas por estes profissionais são compreendidas enquanto facilitadoras para a efetivação do PNI:

Os cursos de capacitação, conforme relato do ACS 8:

[...] os cursos que nos são oferecidos né, todas as informações que nós recebemos, nós não podemos guardar só pra gente, a gente tem que levar adiante, levar pra comunidade [...] então talvez mesmo não tendo uma bagagem cem por cento, mais temos uma bagagem sim, é suficiente pra levar ao conhecimento da comunidade (ACS 8).

Corroborando com Duarte, Silva e Cardoso (2007), os mesmos afirmam que para obter

o desenvolvimento de processos educativos eficazes, é necessário que os ACS passem por capacitações, a fim de que sejam garantindo a estes, educação permanente e o desenvolvimento das suas capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário transformador, participativo e reflexivo sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença, específicos às realidades presentes nos contextos de vida social, cultural, econômico e político da comunidade.

Os resultados das práticas de capacitação que subsidia o preparo do ACS resultam em ações notadamente reconhecidas enquanto facilitadoras do processo de efetivação do PNI. Conforme identificado nos discursos abaixo nota-se que confiança da comunidade surge naturalmente a partir da dinâmica interacional do processo de trabalho, devido ao estabelecimento de vínculos entre ambas as partes, o que pode ser conferido quando eles relatam a boa receptividade, acolhimento e livre acesso as comunidades:

A facilidade é que eles confiam muito no trabalho da gente, sabe que a gente jamais tá na casa deles, é, pra prejudicar [...] (ACS 1).

[...] assuntos, particularidades íntimas das pessoas, as pessoas costumam dividir comigo, e eu mim vejo assim não só como agente comunitária mais também como amiga, como pessoa de confiança (ACS 8).

[...] você chega na casa pra fazer a visita, não é só a vacinação, ele abrange mais alguma coisa “o todo”, você se envolve com a família, a família tem confiança [...] (ACS 9).

Os ACS 1, 8 e 9 trazem em suas falas a confiança como perspectiva de facilidade para a operacionalização do PNI. Segundo Valentim e Kruehl (2007), a confiança é encarada como uma maneira de reduzir a complexidade nas relações entre pessoas, possibilitando um vínculo de cumplicidade e respeito mútuo, que são de suma importância para o desenvolvimento das ações de saúde.

Os relatos supracitados condizem com o que é descrito no Manual de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, ao afirmar que “a sensibilidade/capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes do ACS” (BRASIL, 2009, p 46). Estes agentes de mudanças, ao realizarem suas atribuições, possibilitam o fortalecimento de vínculos, a transmissão de informações de saúde para a comunidade e o reconhecimento das demandas e necessidades da população que são levadas para a equipe de saúde local.

Outra importante característica propulsora de ações que facilitam o fortalecimento do PNI, estabelecida entre os ACS e a comunidade, e adquirida por estes trabalhadores, é a liberdade de acesso de locomoção por toda microárea:

[...] famílias que abrem as portas, que aceitam, quando agente fala da vacina [...] (ACS 5).

[...] a facilidade é essa mesmo, da comunidade ser acolhedora, ser esclarecida, receber bem o agente comunitário de saúde, para que haja as informações, sejam passadas. Então, eu tenho facilidades, facilidades de adentrar aos domicílios, conversar com a comunidade com os moradores, então tudo ajuda a desenvolver bastante né, o, os programas que, não só da imunização, mais como os outros programas também (ACS 7).

[...] eu tenho acesso livre as pessoas, não só em relação a orientação em saúde, mas eu já tenho uma certa intimidade com as famílias[...] (ACS 8).

Sendo um profissional que obrigatoriamente reside na área onde executa suas atividades, intensifica sua responsabilidade em melhorar o acesso da sua comunidade aos serviços de saúde, o ACS torna-se um elo entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. A partir do momento em que o ACS é integrado à ESF, ele passa a conhecer quais são suas responsabilidades (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008).

Nota-se, nas características supracitadas, que as facilidades elencadas pelos ACS são constituídas por resultados de ações interligadas e dependentes umas das outras, o que reforça mais uma vez a necessidade de completa vinculação e conhecimento das propostas da integralidade do cuidado e atuação na saúde coletiva. Adiante, complementando a cadeia das facilidades encontradas, viu-se que a comunidade tem obtido meios mais acessíveis de compreender e aceitar as comunicações e adquirir novos conhecimentos através das informações que lhes são transmitidas, conforme identificado nos discursos dos ACS:

[...] eu chego até a casa e de um vizinho eles passam pra outro, eu digo assim: ó, avisa a fulano que eu bati na casa dele e não o encontrei, elas vão lá e mim dizem eu avisei (ACS 2).

[...] a gente é, consegue conscientizar e comover as pessoas na própria unidade e eles vão repassando pra as outras pessoas, até a questão da importância mesmo né (ACS 6).

[...] a comunidade é bem esclarecida e aceita bastante as orientações dadas por toda equipe [...] (ACS 7).

[...] as famílias hoje, elas sabem muita informação sobre as doenças, elas sabem que na unidade de saúde, elas vão encontrar todos os tipos de atendimento necessário ao acompanhamento da família (ACS 8).

A comunicação entre o agente e a comunidade facilita o processo de trabalho para a troca de informações que se dá através do estabelecimento de parcerias, onde a comunidade entende a importância da divulgação e multiplicação das informações entre os grupos populacionais. Para o processo de comunicação entre os sujeitos, há relatos da importância do uso do cartão da família enquanto instrumento facilitador para o fortalecimento dessa ação conforme pode ser observado no discurso abaixo:

Então a gente vai, faz a visita pela manhã, e conversa com as pessoas pede o cartão da família pra observar se tá tudo direitinho, se todas as pessoas que tá ali identificadas no cartão se mora na casa, se chegou alguém, ou se saiu alguém (ACS 8).

O cartão da família permite à equipe saber quem são as pessoas cadastradas e que residem nas microáreas de abrangência do distrito, nesse sentido cabe ao ACS se manter informado sobre quem são esses moradores e se foi agregado ou desvinculado alguém que fazia parte da família, e principalmente realizar uma análise situacional sobre as condições de saúde e vida socioeconômica das famílias cadastradas.

Outro aspecto a considerar sobre as facilidades para operacionalização do PNI é o acesso da comunidade as Unidades de Saúde, devido à proximidade a nível de territorialização.

[...] a facilidade é que a unidade é próxima [...] (ACS 3). A facilidade é a unidade próxima da casa [...] (ACS 4). [...] um livre acesso né, das pessoas, ter um local de acesso fácil, porque é, vários bairros tem uma unidade de saúde da família e que tem uma sala de vacina [...] (ACS 6).

O acesso da comunidade as Unidades de Saúde também se constituem como uma das facilidades visto que em cada bairro é possível encontrar uma USF disponível. Para Queiroz et al (2013), o acesso e acolhimento são elementos essenciais de um bom atendimento. Podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada, para que se possa atuar efetivamente sobre a saúde do indivíduo e da coletividade.

Os ACS 7 e 10 a seguir, trazem que além do acesso para chegar até a unidade de saúde, também se têm facilidade de acesso aos imunobiológicos.

[...] nós temos todas as vacinas né, que faz parte do calendário vacinal, disponível na unidade, entendeu (ACS 7).

Acessibilidade de chegar até a unidade de saúde, acessibilidade também as vacinas que é muito fácil você chegando na unidade tendo a vacina não sai sem vacinar [...] (ACS 10)

O acesso da comunidade aos imunobiológicos se dá através da distribuição feita pelo Ministério da Saúde por meio da Rede de Frio, que estruturalmente está organizada em instâncias com fluxos de distribuição a nível nacional, estadual, regional, municipal e local e o armazenamento realizado de maneira verticalizada (BRASIL, 2013).

O PNI é o programa mais efetivo entre os países emergentes e é comparável ao de países desenvolvidos. A inovação tecnológica, o aumento de investimentos em inovação tecnológica, tanto pelas grandes multinacionais como pelos governos dos países, sobretudo dos desenvolvidos, permitem uma perspectiva muito otimista em relação à descoberta de novas vacinas importantes para a Saúde Pública. (HOMMA et al., 2011).

O ACS 8 relata que a combinação das vacinas e a redução das doses facilitou o processo de imunização.

[...] com a chegada desse programa eu creio que facilitou, porque as mães ficavam assim, sofridas em trazer o filho pra tomar quatro furadinhas, ou três furadinhas. E agora sabemos que existe uma dose de vacina que é como se fosse uma dose só. Essas quatro doses que seriam dadas, elas vão tomar só em uma dose e isso facilita [...] (ACS 8).

O PNI tem investido na inclusão de novas vacinas ou na combinação de vacinas já existentes no calendário básico de vacinação. As vacinas combinadas são apresentadas em uma dose que contêm maior número de antígenos capazes de estimular a resposta imunológica contra vários tipos de agentes causadores de doenças (SUVISA, 2012). Ainda, segundo Brasil (2016), o calendário nacional de imunização atenderá à frequentes atualizações, pois este, sempre estará direcionado às diferentes demandas conforme os contextos epidemiológicos vigentes no país.

Para que o sucesso adquirido pelo PNI se mantenha efetivo, é necessário que toda a Rede de Atenção à Saúde esteja articulada, e principalmente, que possuam unidades de saúde, profissionais capacitados para o manejo, administração dos imunobiológicos e oferta de assistência de qualidade à comunidade. É importante que os vínculos de confiança estabelecidos pelos ACS na comunidade sejam estendidos até as Unidades de Saúde, a fim

de que, a população quando vier ser atendida esteja estimulada a retornar ao serviço sempre que necessário. Essa característica faz com que o elo entre a equipe e a comunidade seja ampliado, e as estratégias de saúde da família fortalecidas.

O PNI oferece capacitações e requer que os profissionais que atuam nas salas de vacinas estejam preparados e seguros de suas ações, assim como, mantenham-se sob constantes atualizações, conforme as mudanças que são sugeridas pelas políticas públicas de vacinação. Como forma de facilitar o trabalho diário dos trabalhadores que atuam nas salas de vacina, são disponibilizados Manuais Técnico-Operacionais com importantes conhecimentos científicos e técnicos essenciais para a execução das atividades específicas do ambiente de trabalho (SANTOS, 2015).

A presença de profissionais capacitados nas salas de vacina foi outro aspecto facilitador citado pelos ACS, o que pode ser identificado nos discursos dos ACS 11 e 12:

[...] as vacinadoras também são muito boas, elas não medem dificuldade em fazer [...] (ACS 11).

As facilidades são que a gente tem o serviço na unidade, tem o material na unidade né, tem os vacinadores, tem as campanhas que vem às unidades (ACS 12).

Considera-se como vacinador as pessoas que possuem conhecimentos e são capacitadas para administrar os imunobiológicos, quer seja no ser humano, ou em animais.

A última característica identificada pelos ACS destaca a importância das ações complementares realizadas por toda a equipe inserida na Unidade de Saúde da Família, que ao receberem os indivíduos, ou a família na unidade, reforçam as orientações repassadas durante as VD, o que passa a fortalecer ainda mais o processo de trabalho e a confiança estabelecida entre os ACS, a equipe local e a comunidade.

[...] também facilita as orientações que também as vacinadoras dão pra comunidade, isso é muito importante né? É, além de agente falar, elas também reforçam a importância, e isso vai criando uma conscientização maior no meio deles (ACS 3).

[...] o apoio também dos instrutores, dos colegas que ajudam se a gente tiver alguma dúvida [...] (ACS 4).

[...] toda equipe trabalha em conjunto para que tudo dê certo e a gente consiga sucesso em todas as estratégias que a gente desenvolve (ACS 7).

No que concerne ao trabalho em equipe, quanto apoio dos instrutores, colegas, toda equipe, Araújo e Rocha (2006), trazem que a perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação

interdisciplinar. Na construção do projeto de Saúde da Família, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os atores desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade.

Em síntese as facilidades relatadas pelos ACS foram: estabelecimento de capacitações profissionais; confiança e acolhimento por parte da população; liberdade de acesso por toda micro área; facilidade de comunicação com a comunidade; uso do cartão da família enquanto instrumento facilitador para o reconhecimento das condições de vida e saúde da população; proximidade das USF; acesso aos imunobiológicos; redução do número de aplicações, devido a implantação de vacinas conjugadas no calendário vacinal; disponibilidade dos vacinadores; e o trabalho em equipe ofertados na Unidade de Saúde da Família.

Dificuldades para a efetivação do PNI

Para conhecer as situações não favoráveis, foram realizados questionamentos aos ACS acerca das dificuldades encontradas para a efetivação do PNI. Os ACS abaixo relatam que a resistência para vacinar ou o abandono do esquema vacinal por parte dos responsáveis pela criança, é algo que dificulta o processo de imunização. Segundo Levis (2013), a opção de não vacinar por parte de pais ou responsáveis, pode ocorrer por displicência ou descuido, e isso pode ser interpretado como maus-tratos, obrigando em tese o profissional que toma conhecimento da situação a fazer denúncia ao Conselho Tutelar. A vacinação é um ato de cuidado que faz parte de todo ser humano, representando uma atitude de ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com a criança (TERTULIANO; STEIN 2011).

[...] muitas vezes a gente não encontra a mãe da criança também em casa pra conversar, pra falar sobre a vacina (ACS 5).

[...] existem aquelas famílias que não vêm em casa, nós encontramos sempre a casa fechada (ACS 8).

[...] pela vida corrida, nem muitas pessoas da família, elas têm a oportunidade de está vindo na unidade, as vezes deixa as crianças entregues as secretárias, as domésticas, então fica mais difícil, a questão de atualizar as vacinas [...] (ACS 6).

[...] muitas vezes a gente visita as famílias, orienta, olha o cartão da vacina [...] mesmo assim ainda muitas mães não vacina as crianças (ACS 12).

É perceptível na fala do ACS 9 que devido ao vínculo da comunidade com a unidade muitas mães atrasam o calendário vacinal por estarem viajando e optarem por não vacinarem seus

filhos em outras locais. Esse atraso também pode estar relacionado ao desconhecimento das mães em não saber que a vacinação tem uma abrangência nacional e podem ser administradas em outros locais.

[...] referente a mães que as vezes atrasa por viagem, não é nem porque ela é irresponsável. Por viajar não vacinou (ACS 9).

Bujes (2012), em seu estudo traz que o atraso vacinal das crianças não deve ser somente relacionado aos responsáveis, nem tampouco apenas pela equipe de saúde, deve ser uma responsabilidade de ambos. A baixa escolaridade da mãe, a condição social da família, localidades com acesso restrito, esquecimento das mães, a condição social da família, falta de conhecimento e informação sobre as vacinas, e famílias muito numerosas foram alguns motivos encontrados para a não vacinação das crianças relacionadas aos pais.

As condições de vida podem levar as mães a não vacinarem adequadamente seus filhos. Este fato é mais frequente nas famílias de baixa renda, que enfrentam numerosas dificuldades diariamente. Grande parte das mulheres possui número elevado de filhos e, conseqüentemente, os trabalhos domésticos são grandes, por isso a disponibilidade da cuidadora fica centralizada na garantia da alimentação e na busca de tratamento para os problemas de saúde. Assim, as atividades preventivas não são consideradas prioridade (TERTULIANO; STEIN, 2011).

[...] muitas meninas novinhas que não tem conhecimento. Tem mães que chega falar assim: ah, eu mim criei na roça minha mãe nunca mim deu uma vacina. A gente tem que orientar que os tempos mudaram, que naquele tempo não existiam doenças como existe agora [...] (ACS 12).

Uma dificuldade relevante, destacado nas falas dos ACS são os sentimentos despertados nas mães de medo das possíveis reações adversas. O Manual de eventos adversos pós-vacinação (2008), diz que nenhuma vacina é livre de reações, porém os riscos de complicações por eventos adversos são menores do que os das doenças contra as quais elas protegem.

Assim o público deve ser informado corretamente sobre a ocorrência dos eventos adversos pós-vacinação, visando evitar notícias precipitadas, que podem abalar a confiança no programa de imunizações e diminuir as coberturas vacinais, com resultados desastrosos (BRASIL, 2008).

Reforça-se dessa forma, a importância do ACS nesse processo de correto esclarecimento

da ocorrência de eventos adversos, visto que são profissionais próximos da população e nos quais o público tem expressado confiança.

[...] por causa assim das reações, ai tem aquelas mães que ficam assim, receosas a vacinar o filho [...] (ACS 1).

[...] a gente vê ainda hoje em dia, que tem mães, tem pais, que não levam suas crianças, até por conta de que tem vacinas é, que tem febre, a criança tem muito desconforto, e que não leva por conta disso [...] (ACS 6).

Além das dificuldades supracitadas por parte das mães para manter o calendário vacinal em dia, o ACS 8 também acrescenta que além das crianças, outro problema bastante comum deve-se ao atraso do esquema vacinal das gestantes que no percurso da gestação mudam de cidade, e as que residem em zonas rurais sem cobertura de atendimento pela ESF, conforme observado a seguir:

[...] existem gestantes que a gente encontra na área que vem de outro município, que vem de zona rural, que não está com o cartão organizado, que não tomou nenhuma dose, ou que só tomou uma dose e deixou [...] (ACS 8).

Outra situação que dificulta as ações do PNI, e que muitas vezes tem sido ignorada pela população, é o cuidado do cartão de vacina enquanto um documento pessoal de grande valia para os indivíduos e os bancos de informações, afim de que os dados gerados sejam transformados em ações para a saúde pública do país.

[...] a comunidade, ela é vacinada mas ela não dá tanta importância ao cartão de vacina, ela acha que está vacinada, o cartão de vacina já não serve mais né, e conscientizar elas que é um documento como se fosse uma identidade [...] (ACS 3).

Os Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde (2012), relata sobre a importância de se repensar a respeito da possibilidade da implementação de horários diferenciados para o atendimento de usuários e famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento das unidades de saúde, razões que justificam o horário expandido de algumas unidades, pois não pode haver limitação de horários para o acolhimento à demanda espontânea.

Acerca desta temática, também foram levantados pelos ACS, à insatisfação do horário de funcionamento da unidade enquanto elemento não propulsor para a efetivação do PNI, visto

que parte da população possui vínculo empregatício, dificultando o acesso aos serviços de saúde devido a incompatibilidade dos horários, conforme discursos apresentados:

Em relação ao quadro de vacinas, porque são pessoas difíceis da gente encontrar em casa [...] (ACS 2).

[...] dificuldade também, muitas vezes agente não encontra a mãe da criança também em casa pra conversar, pra falar sobre a vacina (ACS 5).

[...] pessoas que não veem almoçar ou então que só chegam na hora de almoço, e pra gente também não tem com visitar, porque é almoço pra eles é almoço pra gente também (ACS 8).

Os ACS relataram dificuldade para encontrar as pessoas que trabalham, sendo esse fator um empecilho para o desenvolvimento de suas ações, dessa forma para alcançar esse público sugere-se o horário expandido com a ampliação da equipe para a divisão dos turnos de trabalho diário, ou pode-se pensar também em uma carga horária integral com equipes revezando em dias alternados.

Como declarado no próximo relato, a falta de recursos humanos suficientes, constitui-se como adversidade para o suprimento das necessidades de saúde da população, principalmente no processo vacinal, haja vista que na falta do vacinador, as pessoas presentes na unidade para vacinação terão que ir embora e voltar posteriormente para esse mesmo fim.

Igualmente é, a ausência de recursos materiais, na sala de vacina, pois gera um entrave no cumprimento do PNI. Como na interlocução do ACS 11, quando ocorre a quebra da geladeira é necessário o deslocamento dos imunobiológicos da Rede de Frio para a unidade de saúde todos os dias; nesse percurso muitas vezes as vacinas chegam atrasadas na unidade e têm que retornar mais cedo a Rede de Frio, reduzindo assim o tempo disponíveis para vacinação.

Ademais, a falta do ar condicionado nas salas de vacinas, também interfere na qualidade dos imunobiológicos devido a dificuldade de manutenção da temperatura entre +2 e +8 como recomendado, especialmente em climas quente como o da Região Nordeste.

[...] a gente tem aqui um posto, dois postos em um, então tem um vacinador só, se esse vacinador sai a gente não tem ninguém pra dar a vacina (ACS 11) [...] tem alguns entraves, a geladeira dar defeito (ACS 11).

Após análise das dificuldades relatadas pelos ACS para a implementação do programa, em resumo destacam-se: a resistência por parte de algumas pessoas referente a interferência

no processo devido a questões culturais, baixo nível de escolaridade de algumas mães, baixo conhecimento sobre imunização, condições socioeconômicas desfavoráveis, inseguranças quanto as reações adversas, dificuldades que permitem a desatualização do cartão da gestante, não compreensão da importância do cartão de vacina enquanto um documento de importância nacional, horário de funcionamento da unidade inadequados para a adesão e atendimento dos indivíduos que trabalham durante o dia, falta de atenção com relação ao aprazamento e recursos humanos e materiais insuficientes.

Comparando as facilidades com as dificuldades foi perceptível a existência do equilíbrio entre as partes. Em função disso sugere-se que as facilidades se sobreponham às dificuldades para assim favorecer o processo de efetivação do programa no que concerne o alcance melhores taxas de cobertura vacinal.

Conclusões

O PNI representa o instrumento elementar para a erradicação e/ou controle das várias doenças que são passíveis de proteção por meio de vacinas. No entanto, ao abordar o desempenho dos ACS para a efetivação do PNI através de entrevistas, viabilizou-se a análise das ações desenvolvidas por esses profissionais para a execução do programa exaltando as facilidades e as dificuldades em sua rotina de trabalho.

Ficou evidente que os ACS possuem um nível de conhecimento adequado a respeito do PNI e que durante suas visitas domiciliares realizam ações de captação e busca ativa para a efetivação do programa e manutenção do calendário vacinal atualizado. Esse processo evidencia o ACS como profissional chave para efetivação do PNI.

Algumas dificuldades foram apontadas, contudo os ACS demonstraram disposição, responsabilidade e perseverança para com os casos de resistência na comunidade principalmente quando se trata de retornar à unidade para vacinar. Quanto as facilidades percebeu-se que o fato de residir na comunidade e o vínculo existente são fatores importantes para o acesso aos domicílios e realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças passíveis de imunização. O fato da descentralização das salas de vacinação nas inúmeras USF dos bairros também foi apontada como um aspecto facilitador para uma vacinação bem-sucedida

da comunidade.

Diante do exposto, confirma-se a importância da produção científica, análise e discussão sobre o PNI e a atuação do ACS nesse processo, pois os mesmos por terem um vínculo maior com a população, funcionam como um elo entre a atenção primária e a comunidade, devendo ser reconhecidos como essenciais na implementação desse programa.

Referências

BACHILLI, R.G.; SCAVASSA, A.J.; SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** /. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de rede de frio**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mudanças no Calendário de Vacinação**. Portal da saúde, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21518-ministerio-da-saude-realiza-mudancas-no-calendario-de-vacinacao>. Acesso em: 23 dez, 2016.

BUJES, M. K. **Motivos do atraso vacinal em crianças e estratégias utilizadas para amenizar o problema** – uma pesquisa bibliográfica. Monografia (Especialista em Saúde Pública), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde** / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012

COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.2147-2156. 2013.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um Programa de Educação com Agentes Comunitários de Saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, v.11, n.23, p. 439-447, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000300004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 03 de jan, 2017.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, v. 21, n.3, p. 899-916, 2011.

GOMES, R.; **Análise e Interpretação de dados de Pesquisa Qualitativa**. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 28ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes LTDA, 2009.

GUIMARÃES, T.M.R.; ALVES, J.G.B.; TAVARES, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. Rio de Janeiro, **Cad Saúde Pública**, v.25, n.4, 2009, 868-76.

HOMMA, A.; MARTINS, R.M.; LEAL, M.L.F.; FREIRE, M.S.; COUTO, A.R. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica., **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p.445-458, 2011. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/630/63018970035.pdf>> Acesso em 12/12/2014.

JAEGER, M. L. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde. Brasília, p. 9-29, out, 2003.

MELO, M.B.; BRANT, L.C.; OLIVEIRA, L.A.; SANTOS, A.P.S. Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde: Instrumento de inclusão social. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 463-477, fev. 2010.

MENDES, E.V.; **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: **Pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo. HUCITEC, 2010.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C. R. DA S. O Agente Comunitário de Saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1304 – 1313, jun 2008.

OLIVEIRA, M.F.S.; MARTINEZ, E.Z.; ROCHA, J.S.Y. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.6, p. 906-915, 2014.

PEREIRA, D.D.S.; NEVES, E.B.N.; GEMELLI, M.; ULBRICHT, L. Análise da taxa de utilização e perda de vacinas no programa nacional de imunização. **Cad. saúde colet**. Rio de Janeiro, v.21 n.4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400010>. Acesso em: 22 de dez de 2016.

QUEIROZ, L.L.C.; MONTEIRO, S.G.; MOCHEL, E.G.; VERAS, M.A.S.M.; SOUSA, F.G.M.; BEZERRA, M.L.M.; CHEIN, M.B.C. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.2, p. 294-302, fev, 2013.

SANTOS, L.P.G.S.; FRACOLLI, L.A. O Agente Comunitário de Saúde: Possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v.44, n.1, p. 76-83, fev 2009.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde- doença. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p.2405-2414, 2012.

SUVISA. Gerência de Imunizações e Rede de Frio. Secretaria de Estado da Saúde. **Vacina**

pentavalente: Caderno do treinamento. Goiás. Julho, 2012.

TERTULIANO, G.C.; STEIN, A.T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p.523-530, 2011.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.12, n.3, p. 777-788, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n3/28.pdf>>. Acesso em: 12/10/2014.

YOKOKURA, A.V.C P.; SILVA, A.A.M.; BERNARDES, A.C.F.; LAMY-FILHO, L.; ALVES, M.T.S.S.B.; CABRA, N.A.L.; ALVES, R.F.L.B. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Caderno De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p. 522-534, 2013.

Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: revisão sistemática

Adailton Alves da Costa Filho

Suelyly Pinto Teixeira de Moraes

Elizabete de Jesus Pinto



leite materno é a melhor opção na alimentação infantil nos seus primeiros anos de vida. Além dos benefícios nutricionais, o leite materno tem efeitos positivos no desenvolvimento imunológico, econômico, social e emocional da criança e de sua família. (VICTORA CG et al, 2015; BRASIL, 2009; WHO, 2000; UNICEF; OMS, 1980). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda-se que nos seis primeiros meses de vida a nutrição seja exclusivamente de leite materno e após esse período seja feita a introdução de outros alimentos aliados a amamentação até os dois anos de vida da criança. (OMS, 2008).

Com a Política Nacional de Aleitamento Materno, o Brasil tem avançado significativamente na promoção e prevalência da amamentação. Entretanto, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, a duração de aleitamento materno (AM) apresentou uma mediana de 341,6 dias e de aleitamento materno exclusivo (AME) de 54,1 dias, demonstrando que não alcançamos os índices ideais propostos pela OMS. (BRASIL, 2009).

O desmame precoce afeta diretamente os índices de morbimortalidade infantil, desen-

volvimento psicológico, motor e funcional, doenças do sistema digestório, além de alterações negativas na fase adulta da pressão arterial, taxa de colesterol total e aumento da prevalência de diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. (RAMOS, 2010; MULLANY, 2008; EDMOND, 2006; OMS, 2000). São diversos os motivos associados à interrupção do aleitamento materno e, o agregamento das evidências científicas com síntese dos resultados das pesquisas publicadas pode ajudar os profissionais de saúde a compreenderem os fatores que levam ao desmame e encorajarem a continuidade da amamentação. Neste sentido, esse trabalho teve como objetivo identificar os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno, mediante revisão sistemática da literatura.

Metodologia

O trabalho se caracteriza como um estudo de revisão sistemática da literatura, sobre fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno. A busca de dados incluiu artigos publicados nas bases de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, e na Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, através da Biblioteca Virtual em Saúde.

A coleta e as análises dos artigos foram realizadas no primeiro semestre de 2015, sendo utilizados os termos “amamentação/breastfeeding” e “desmame/weaning”, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os critérios para realização e identificação dos artigos foram: artigos encontrados nas bases de dados com a ocorrência simultânea dos termos de busca mediante o uso dos indicadores booleanos “and” e “and not”; publicação nos últimos cinco anos, entre o período de 2010 a 2015; pesquisa publicada no idioma português, tendo o desmame precoce como desfecho principal. Foram aceitos artigos com dados primários observacionais quantitativos. Foi critério de exclusão os artigos de revisão sistemática ou narrativa.

Após leitura exploratória seguida de leitura seletiva, as informações encontradas nos artigos selecionados foram incluídas em um quadro estruturado, no qual foram registradas as referências, objetivo do estudo, tipo de estudo, população/amostra, desfecho relevante e

medidas de associação estaticamente significantes para a interrupção precoce do aleitamento materno.

Resultados

Ao serem inseridos o termo de busca “amamentação/breastfeeding” nas bases de dados SciElo e Lilacs, foram identificados 553 artigos na SciElo e 498 artigos na Lilacs, no período de 2010 a 2015. Na busca avançada com os indicadores booleanos combinando “amamentação/breastfeeding” e “desmame/weaning”, obteve-se um total de 143 artigos nas bases de dados, sendo 97 artigos na SciElo e 46 artigos na Lilacs. Posteriormente a associação dos demais indicadores, ocasionando a exclusão de artigos de revisão e artigos publicados em outros idiomas e após leitura exploratória e seletiva, foram finalmente selecionados 11 trabalhos que atendiam aos critérios de inclusão demonstrada no diagrama com fluxo de pesquisa do estudo. (Figura 1).

Nos estudos selecionados, foram encontradas vinte e cinco variáveis que estão diretamente relacionadas à interrupção precoce do aleitamento materno. A variável trabalho materno fora de casa foi relatada em seis estudos (6), seguidas de uso de chupeta (3), idade materna (3), número de consultas pré-natal menor que 6 (3), falta de orientação do aleitamento materno (2), condição de vida baixa (2), ausência de apoio do pai (2), baixo peso do recém-nascido <2500g (2), dificuldade ao amamentar (2), uso de álcool ou tabaco (2) e menor escolaridade (2). As demais variáveis foram citadas apenas uma vez. (Tabela 1).

No Quadro 2 estão relacionados os 11 artigos selecionados em ordem cronológica crescente, com os seguintes desenhos de estudos observacionais: corte transversal (7), coorte (3) e caso-controle (1). O quadro apresenta de forma estruturada a referência dos artigos selecionados, o objetivo dos estudos, população/amostra, desfechos relevantes e as medidas de associação.

Figura 1: Diagrama com fluxo de seleção dos artigos na SciElo e Lilacs.

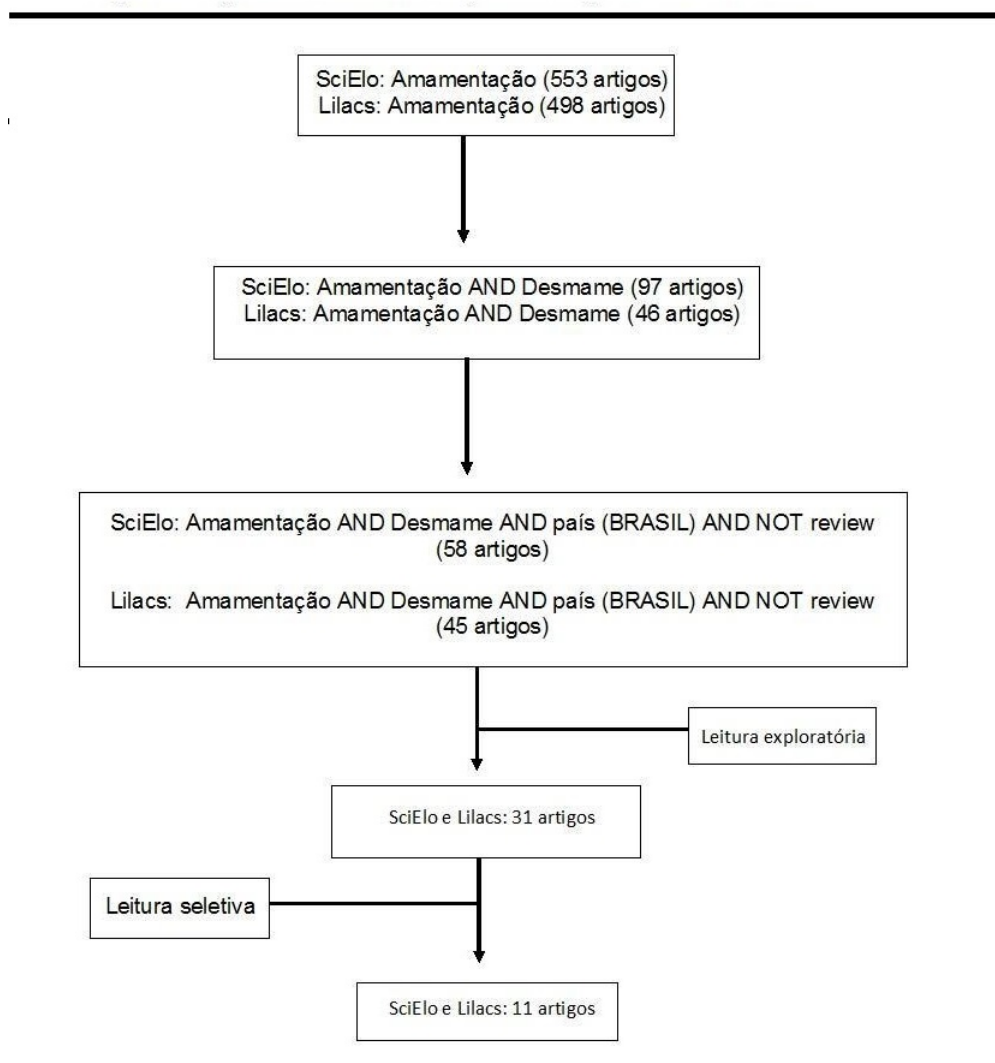


Tabela 1: Distribuição das variáveis associadas à interrupção do aleitamento materno.

	Oliveira et al.	Chaves et al.	Alves I et al.	Bernardi et al.	Brecailo et al.	Sanches et al.	Demétrio et al.	Leone et al.	Machado et al.	Maranhão et al.	Caminha et al.	Número de associações
<i>Características sociodemográficas</i>												
Condições de vida baixo	x								x			2
Idade materna = 20 anos		x				x					x	3
Idade materna > 36 anos												1
Cor da pele Parda/Negra				x								1
Estado civil sem Sem companheiro				x								1
Trabalho fora de casa				x	x	x	x	x	x			6
Menor escolaridade (0 a 8 anos de estudo)									x	x		2
Área de residência urbana							x					
<i>Características familiares</i>												
Ausência de apoio do pai			x						x			2
Ausência de suporte para cuidados										x		1
<i>Características da gestação e amamentação</i>												
Número de consultas no pré-natal < 6		x				x	x					3
Intenção de amamentar <12 meses		x										1
Primiparidade			x									1
Gestão Multipla						x						1
Reação negativa da mãe com a notícia da gestão									x			1
Dificuldade amamentação			x			x						2
Crença na duração do AME			x									1
Falta de orientação sobre AM				4					x		x	2
Queixa da mãe na mamada						x						1
Avaliação da mamada não realizada						x						1
Sintomas de DPP									x			1
Uso de álcool ou tabaco		x				x						2
Baixo peso do recém-nascido < 2500gr		x				x						2
Maior idade da criança em dias								x				1
Uso de chupeta		x				x		x				3

Quadro 2: Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno.

N	REFERÊNCIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	DESFECHEO RELEVANTE	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO
1.	OLIVEIRA LPM et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, 21(5):1519-1530, set-out, 2005.	Conhecer a frequência e a duração do aleitamento materno, os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento exclusivo ou predominante, e a adoção dos diferentes regimes alimentares em crianças menores de 24 meses de idade e de suas famílias na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.	Corte Transversal	811 crianças menores de 24 meses de idade, no ano de 1996 em Salvador-BA.	A interrupção precoce da amamentação exclusiva ou predominante foi associada com a gravidez precoce e más condições de vida das crianças e suas famílias. A duração média do aleitamento exclusivo, predominante e aleitamento total foi de 30,6; 73,0; e 131,5 dias, respectivamente.	Condições de vida baixo OR: 2,3 IC95%:(1,09;5,01) Condições de vida muito baixo OR: 2,5 IC95%:(1,20;5,34)
2.	CHAVES, RG; LAMOUNIER, JÁ; CÉSAR, CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. <i>J Pediatr (Rio J)</i> ;83(3):241-246;2007.	Determinar os índices de aleitamento materno exclusivo e complementado e identificar variáveis que interferem na prática da amamentação no município de Itaúna (MG).	Coorte	246 mulheres assistidas na maternidade do Hospital Manoel Gonçalves, no município de Itaúna - MG, em 2003.	Associação negativa entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e as variáveis: intenção de amamentar, menor peso do recém-nascido e uso de chupeta. O menor tempo de aleitamento materno foi associado com idade materna < 20 anos, menor número de consultas de pré-natal, uso de álcool ou tabaco, tempo da primeira mamada e uso de chupeta.	Intenção de amamentar < 12 meses - RR:1,67 IC95%:(1,20-2,33) Peso do recém-nascido < 2.500 gr - RR:1,92 IC95%:(1,11-3,33) Uso de chupeta - RR:1,49 IC95%:(1,11-2,00) Idade materna < 20 anos - RR:1,89 IC95%:(1,17-3,06) Número de consultas no pré-natal < 6 - RR:0,71 IC95%:(0,34-1,51) Uso de álcool ou tabaco - RR:1,92 IC95%:(1,29;2,85)

Continuação do Quadro 2.

N	REFERÊNCIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	DESFECHE RELEVANTE	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO
3.	ALVES, C R L et al. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, 24(6):1355-1367, jun, 2008.	Identificar as condições que interferiram na duração total da amamentação.	Corte	790 mães de crianças com menos de 24 meses de idade, usuários da Clínica São em Belo Horizonte - MG, em 1980, 1986, 1992, 1998, e 2004.	Risco de desmame: primiparidade; dificuldade amamentação em pós-parto; crença na duração da amamentação ideal de menos de seis meses; o feedback dos pais na amamentação.	Primiparidade – RR:1,65 IC95%:(1,02;2,68) Dificuldade amamentação – RR:3,97 IC95%:(2,45;6,35) Crença na duração do AME RR:2,14 IC95%:(1,38;3,50) Feedback dos pais – RR: 1,86 IC95%:(1,19;2,90)
4.	BERNARDI, J L D, JORDÃO, RE; BARROS FILHO, AA. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. <i>Rev. Nutr.</i> , Campinas, 22(6):867-878, nov./dez., 2009.	Verificar a prevalência do aleitamento materno entre lactentes, correlacionada com variáveis sócias demográficas em Campinas (SP).	Coorte transversal	2857 domicílios de crianças menores de dois anos, no período de 2004 e 2005, na cidade de Campinas (SP).	A mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias. Fatores sócio-demográficos como a cor da pele parda/negra, mãe sem companheiro e profissão materna nível técnico como fatores de risco ao desmame.	AME Cor da pele Parda/Negra – OR:1,17 IC95%: 1,07 ;1,28 Estado Civil Sem companheiro – OR:1,17 IC95%: (1,05;1,30) Profissão materna Nível técnico – OR: 1,12 IC95%:(1,03;1,22)
5.	BRECAILO, M K et al. Fatores associados ao aleitamento materno	Investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade e sua associação com características	Estudo de Corte Transversal	426 crianças entre zero e 23,9 meses, do PSF e residentes na área urbana da	A mediana de aleitamento materno exclusivo aos seis meses foi de sessenta dias e a prevalência foi de 12,9%. Os	Trabalho fora de casa OR: 3,53 IC95%: (1,22 - 10,14) Trabalho dentro de casa

Continuação do Quadro 2.

N	REFERÊNCIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	DESFECHE RELEVANTE	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO
6.	SANCHES, M T C et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, 27(5):953-965, mai, 2011.	Identificar os fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva dos lactentes nascidos de baixo peso assistidos na Atenção Básica.	Coorte Transversal	170 crianças com baixo peso ao nascer em unidades básicas de saúde na periferia urbana de São Paulo -SP.	resultados indicam baixas prevalências de aleitamento materno exclusivo, além da necessidade de ações mais efetivas de amparo à mãe trabalhadora, que possui maiores dificuldades para a manutenção desta prática. Associada à interrupção do AME nos primeiros três meses de vida: idade materna \leq 18 anos; emprego informal (fator de proteção); ingestão de álcool durante a gravidez; <6 consultas pré-natais; gestações múltiplas; dificuldade aleitamento materno no primeiro mês; e uso de chupetas nos primeiros dois meses.	OR: 0,60 IC95%: (0,24 - 1,48) Idade materna \leq 18 anos - RP:1,59 IC95%: (1,24;2,02) Emprego informal - RP: 0,70 IC95%:(0,55;0,89) Ingestão de álcool durante a gravidez - RP: 1,50 IC95%:(1,16;1,93) <6 consultas pré-natais - RP:1,30 IC95%:(1,06;1,60) Peso do recém-nascido <2500g - RP: 1,37 IC95%:(1,12;1,69) Queixa da mãe na mamada - RP: 1,48 IC95%:(1,05;2,10) Gestação múltipla - RP: 1,50 IC95%:(1,21;1,85) Dificuldade aleitamento materno no primeiro mês - RP: 1,44 IC95%:(1,14;1,82) Uso de chupeta no primeiro mês - RP: 1,42 IC95%:(1,15;1,76) Uso de chupetas no segundo mês

Continuação do Quadro 2.

N	REFERÊNCIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	DESFECHE RELEVANTE	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO
7.	DEMÉTRIO, F.; JESUS PINTO, e; ASSIS, AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, 28(4):641- 654, abr, 2012.	Estimar a duração mediana do aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida da criança e identificar os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno em uma coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia.	Coorte	531 crianças em dois municípios da região do Recôncavo, Bahia, Brasil.	A duração média do aleitamento materno exclusivo, misto amamentação com alimentos complementares, e aleitamento total, foi de 74,73; 211,25; 432,63 dias, respectivamente. A área de residência urbana e a ausência materna ao pré-natal aumentaram o risco para interrupção precoce do aleitamento materno.	- RP: 1,53 IC95%:(1,10;2,13) Avaliação da mamada não realizada - RP:1,27 IC95%:(0,98;1,65) AME Área de residência urbana - OR: 1,61 IC95%:(1,08;2,40) Ausência materna ao pré-natal - OR:2,73 IC95%: (1,89;3,93) AMC Área de residência urbana - OR: 1,75 IC95%:(1,01;3,06) Ausência materna ao pré-natal - OR: 2,16 IC95%:(1,22;3,82) Trabalho fora de casa - OR:1,83 IC95%:(1,06;3,16) AM Área de residência urbana - OR: 1,38 IC95%:(1,06;1,81) Ausência materna ao pré-natal - OR:2,39 IC95%:(1,83;3,13)
8.	LEONE, C R; SADECK, LSR. Fatores de risco associados ao desmame em crianças	Avaliar os fatores de risco associados à ausência de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças ≤ 6 meses de vida na cidade de São Paulo, em	Corte Transversal	724 pais/responsáveis de crianças ≤ 6 meses de idade, 2008, São Paulo -	O uso da chupeta nas últimas 24 horas associou-se à ausência de AME, seguido do trabalho materno fora de casa.	Ausência de AME e uso de chupeta OR:3,02 IC95%:(2,10;4,36) Mãe trabalhando fora OR:2,11 IC95%:(1,24;3,57)

Continuação do Quadro 2.

N	REFERÊNCIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	DESECHO RELEVANTE	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO
	até seis meses de idade no município de São Paulo. <i>Rev Paul Pediatr</i> ;30(1):21-6, 2012.	2008.		SP.		Maior idade da criança em dias - OR 1,01 IC95%:(1,01;1,02)
9.	MACHADO, M C et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. <i>Rev Saúde Pública</i> ; 48(6):985-994, 2014.	Avaliar os fatores determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo.	Coorte Transversal	68 puérperas provenientes da rede pública de saúde do município de Viçosa - MG em 2011/2012	Sintomas de depressão pós-parto e parto traumático associaram-se com abandono do AME no 2º mês após o parto. No 4º mês, mostraram significância as variáveis: menor escolaridade materna, não possuir imóvel próprio, ter voltado a trabalhar.	Sintomas de DPP - RP: 1,61 IC95%:(1,19;2,19) Menor escolaridade (0 a 8 anos) RP: 2,03 IC95%:(1,26;3,28) Não possuir imóvel próprio RP:1,17 IC95%:(0,96;1,43) Voltar a trabalhar RP:1,32 IC95%:(1,09;1,59) Falta de orientação sobre AM - RP:1,21 IC95%:(1,01;1,45) Reação negativa da mãe com a notícia da gestação - RP:1,29 IC95%:(1,09;1,52) Não ajuda do com-panheiro com a criança - RP: 1,33 IC95%:(1,04;1,70)
10.	MARANHÃO, T A et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. <i>Cad. Saúde Colet.</i> , Rio de Janeiro, 23 (2): 132-	Analisar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes até o primeiro mês pós-parto, em Teresina, no Piauí.	Corte Transversal	202 adolescentes três meses após o parto em quatro maternidades, no ano de 2006, em Teresina -PI.	Mães adolescentes que estudavam apresentaram uma chance 14 vezes maior de interromper o aleitamento exclusivo três meses pós-parto. Contudo, o recebimento de suporte para cuidadas de si e da criança aumentou em três vezes	Estudantes OR:0,14 IC95%:(0,0;0,5) Suporte para cuidadas OR:3,12 IC95%:(1,0;9,0)

Continuação do Quadro 2.

N	REFERÊNCIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	DEFECHO RELEVANTE	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO
	139, 2015.				as chances de manter o aleitamento exclusivo.	
11.	CAMINHA, M F C et al. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. <i>Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.</i> , Recife, 15 (2): 193-199 abr. / jun., 2015.	Analisar os fatores de risco para a não amamentação em Pernambuco, Nordeste do Brasil, em 2006.	Caso-controle	70 crianças que nunca mamaram (caso) e 140 crianças amamentadas exclusivamente por quatro meses ou mais (controle), em 2006.	Mães com idade igual ou superior a 36 anos e a falta de orientação sobre o aleitamento no pré-natal representaram uma razão de chance quatro a cinco vezes mais elevada como fator de risco para a não amamentação.	Idade > 36 anos OR:5,0 IC95%:(1,6;15,8) Orientação sobre AM OR:3,9 IC95%:(1,3;11,8)

Discussão

A presente revisão literária sistematizou os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno, demonstrando que falta de orientação, condições biológicas e, sobretudo, características demográficas e socioeconômicas, interferem diretamente na duração do aleitamento materno.

Os estudos de Bernardi, Jordão e Barros Filho (2009), Brecailo (2010), Sanches (2011), Leone e Sadeck (2012) e Machado (2014), demonstraram que o trabalho materno fora de casa está diretamente relacionado ao desmame precoce, ocupando posição de destaque em seis trabalhos dentre os onze trabalhos selecionados. Trabalhar fora de casa ou o tipo de trabalho reflete diretamente no tempo disponível em que as mães têm para amamentar seus filhos. Aliado a isso, a falta de creches próxima aos seus trabalhos ou a duração da licença maternidade se apresentam como fatores agravantes na interrupção precoce da amamentação. Brecailo (2010) observou em sua pesquisa em 25 Centros de Saúde com 519 mães, na área urbana da cidade de Guarapuava (Paraná), que o risco de interrupção precoce do aleitamento materno para as mães que trabalham fora de casa foi 3,5 vezes maior se comparado às mães que trabalham em casa.

Apesar de poucos estudos nessa revisão demonstrarem uma associação com condições socioeconômicas precárias, estado civil, escolaridade e residência própria ou área da residência, nos estudos pesquisados, nutrizas que apresentaram melhores condições socioeconômicas, como estabilidade financeira, moradia própria, maior escolaridade e viviam em área rural, tiveram uma associação positiva com a amamentação, reafirmado que as condições sociodemográficas interferem diretamente na duração e tipo do aleitamento materno. Com relação à cor da pele da mãe ser parda/negra, tal resultado contradiz a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher (2006), a qual relata que mães brancas amamentam menos que mães pardas/pretas. Segundo o Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil (2016), as mulheres negras, majoritariamente, possuem condições de vida mais desfavoráveis, menor escolaridade e trabalham fora de casa, fatores determinantes na interrupção precoce do aleitamento materno.

Quanto à idade materna, os estudos de Chaves (2007), Sanches (2011) e Caminha (2015), apresentam que jovens com idade de 20 anos ou menos, são apontadas como mães de maior predisposição ao desmame precoce, tendo em vista que a experiência de vida se associaria a melhor intenção de amamentar. Paralelo a isso, Caminha (2015), afirma que além das mães jovens, as mães com idade maior que 36 anos também apresentam fator de risco ao desmame precoce. Segundo o autor, tais mães pertencem a uma geração que desacredita nos benefícios do aleitamento materno e por isso, não seguem as orientações sobre amamentação.

As puérperas que não realizaram ou realizaram menor número de consultas pré-natal, apresentaram resultados negativos no que tange ao aleitamento materno se comparadas às mães que tiveram mais que 6 consultas de pré-natal. Tal achado contribuiu para o reconhecimento de grupos de apoio, da orientação profissional sobre aleitamento materno no pré-natal, solucionando dúvidas quanto à duração e crença no leite materno. São fatores fundamentais que estão aliados na proteção do aleitamento materno, reduzindo as dificuldades na amamentação e aumentando a prevalência do aleitamento materno. Aliado a isso, além da falta de apoio e orientação dos profissionais e serviços de saúde, a ausência de apoio do pai e suporte para o cuidado, interferem negativamente reduzindo o tempo de amamentação e influenciando a introdução de outros alimentos na nutrição das crianças (CAMINHO, 2015; ALVES, 2008)

O uso de álcool e/ou tabaco pelas nutrizes seja na gestação ou no período pós-parto, tem uma associação com a interrupção precoce da amamentação observada nos estudos de Chaves (2007) e Sanches (2011). Para a literatura, o uso de álcool ou tabaco na gestação ou posterior ao parto, afeta negativamente no volume de leite materno, além do caráter de risco que as substâncias oferecem ao crescimento e desenvolvimento das crianças. O uso de chupeta está bem difundido na literatura como um fator de risco, sendo confirmada por essa revisão a associação do uso de chupeta e menor tempo de amamentação podem estar relacionados com a dificuldade ao amamentar e a descrença ao leite materno quanto ao poder nutricional que apresenta (LEONE, 2012; SANCHES, 2011; CHAVES, 2007).

A primiparidade é um fator de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno

quando comparado com as mães que tiveram mais de um filho. É possível que as primíparas tenham tido menor conhecimento e orientação sobre o aleitamento (ALVES, 2008). Para Sanches (2011), a gestação múltipla seria um fator de risco para a amamentação, pois tal fator poderia estar relacionado a descrença do valor nutricional do leite materno e/ou ao tempo disponível para a amamentação.

Entre os onze trabalhos analisados, dois afirmam que o peso abaixo de 2500g da criança ao nascer, se apresentou associado com a interrupção precoce do aleitamento materno. O fato dos bebês com baixo peso serem amamentados por menos tempo exclusivamente, acarreta em uma maior probabilidade de que tenham dificuldade de amamentar pós-alta hospitalar. Outro fator é que há uma crença no ganho de massa ponderal de forma rápida como fator de saúde, e com isso, são utilizados alimentos industrializados como farinhas, leites, açúcares e fórmulas infantis para tal. Nesse contexto, outro fator que se apresenta como risco ao aleitamento materno é a maior idade em dias das crianças, com o passar do tempo as nutrizes são influenciadas a acreditar de que o leite não é suficiente e que é necessário a introdução de farinhas e leites na alimentação de seus filhos (LEONE, 2012; SANCHES, 2011; CHAVES, 2007).

Variáveis com queixa da mãe na mamada, não realização da avaliação da mamada, sintomas de depressão pós-parto (DPP), estão atrelados ao desmame precoce, e podem ser modificados com acompanhamento profissional adequado. (MACHADO, 2014).

Conclusões

Não há dúvidas sobre a importância do aleitamento materno como alimento fundamental na infância. A duração e o tipo de aleitamento estão diretamente associados a fatores socioeconômicos, familiares, gestacionais/obstétricos e características da amamentação, além das questões biológicas, dos hábitos de vida e dos serviços de saúde. É de extrema necessidade o conhecimento desses fatores associados para que se construam estratégias e alternativas que colaborem com a melhora da qualidade de vida e promoção da saúde materno-infantil.

Destaca-se a importância das políticas nacionais aliadas a uma melhora na eficiência da assistência em saúde como determinantes para o sucesso nas melhorias da duração e qualidade do aleitamento materno. Com isso, medidas de intervenção educacional devem ser iniciadas precocemente, passando pelo pré-natal e seguindo ao pós-parto.

Referências

ALVES, C R L et al. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6):1355-1367, jun, 2008.

BERNARDI, J L D, JORDÃO, RE; BARROS FILHO, AA. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Rev. Nutr.*, Campinas, 22(6):867-878, nov./dez., 2009.

BRECAILO, M K et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Rev. Nutr.*, Campinas, 23(4):553-563, jul./ago., 2010.

CAMINHA, M F C et al. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 15 (2): 193-199 abr. / jun., 2015.

CHAVES, R G; LAMOUNIER, J A; CÉSAR, C C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*.;83(3): 241-246;2007.

DEMÉTRIO, F; JESUS PINTO; ASSIS, AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(4):641-654, abr, 2012.

MARCONDES, M M et al (Org.). Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: *Ipea*, 160 p, 2013.

EDMOND, K et al. Breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 117:380-386, 2006.

LEONE, C R; SADECK, L S R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis

meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*;30(1):21-6, 2012.

MACHADO, M C M et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública*; 48(6):985-994, 2014.

MARANHÃO, T A et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 23 (2): 132-139, 2015.

MORAIS, S P T; MOTA, E L A; AMORIM, L D A F. Fatores associados à incidência de maloclusão na dentição decídua em crianças de uma coorte hospitalar pública do nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 14 (4): 371-382 out. / dez., 2014

MULLANY, L C et al. Breastfeeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. *J Nutr*, 138(3): 599-603, 2008.

OLIVEIRA, L P M et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1519-1530, set-out, 2005.

RAMOS, C V et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo eos fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. *Rev Epidemiol Serv Saúde*, 19(2): 115-124, 2010.

SANCHES, M T C et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):953-965, mai, 2011.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), OMS (Organização Mundial da Saúde). Reunião conjunta sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. Brasília (DF): *O Fundo*; 1980.

VICTORA, C G et al. Associação entre aleitamento materno e inteligência, nível de escolaridade e renda aos 30 anos de idade: um estudo prospectivo de coorte de nascimento do Brasil. *Lancet*, 3 (4): 199-205, 2015.

VIO, F; SALAZAR, G; INFANTE, C. Smoking during pregnancy and lactation and its effects on

breast-milk volume. *Am J Clin Nutr*, 54:1011-6, 1991

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, ;355:451-5, 2000.

Sobre o(a)s autore(a)s

Ismael Mendes Andrade - Geógrafo (UNEB), Bacharel em Saúde (UFRB) e Mestrado em Planejamento Territorial (UEFS). É coordenador da graduação em Enfermagem e Professor de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (FACEMP). Diretor de Organização e Gerência em Serviços Básicos de Saúde de Presidente Tancredo Neves –BA.

Jeane Saskya Campos Tavares - Graduada em Psicologia (UFBA), Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). É professora adjunta II da UFRB. Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC). Coordenadora do Ambulatório de Atenção Psicológica a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC/UFRB).

Washington de Jesus Sant'Anna da Franca Rocha - Geólogo (UFBA, 1981), Mestre em Geologia Econômica (1995) e Doutor em Geologia (2001), pela UFBA com estágio em Geographical Information System no Geological Survey of Canada (1999). É professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial (PLANTERR) da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Luiza Emanuelle das Mercês Rios- Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (2016).

Elaine Andrade Leal Silva- Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC (2002). Especialização em Saúde Pública e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS (2008). Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Willian Tito Maia Santos - Possui Licenciatura e Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPb). Realizou Mestrado em Serviço Social na Universidade Federal da Paraíba e Doutorado em Psicologia Social na Universidade de São Paulo/USP. É Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Rosa Cândida Cordeiro– Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado e doutorado pela Escola de Enfermagem da UFBA. Professora adjunta do Centro de Ciências da Saúde da UFRB. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Gênero, Raça e Saúde – NEGRAS

Eduardo Rafael Silva de Freitas -Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Mariluce Karla Bomfim de Souza- doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA, 2011). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS, 2007). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2007). Professora do Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA (2013 até o presente).

Fernanda de Oliveira Souza - Enfermeira graduada pela UFRB, Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho, Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Saúde Coletiva pela UEFS, com área de concentração em epidemiologia. Integrante do Núcleos de Pesquisa NSET/UFRB e NEPI/UEFS. Experiência em saúde dos/as trabalhadores/as e imunização.

Paloma de Sousa Pinho- Graduada em Enfermagem com Mestrado em Saúde Coletiva pela UEFS, Professora Adjunta I da UFRB. Doutoranda em Saúde Pública pelo ISC/UFBA. Integrante do Núcleos de Pesquisa NSET/UFRB e NEPI/UEFS. Realiza pesquisas nas áreas de epidemiologia, saúde do trabalhador/a, saúde mental, trabalho e família e imunização.

Josele de Farias Rodrigues Santa Bárbara- Graduada em Enfermagem (2002) e Mestre em Saúde Coletiva (2006), pela Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS. Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia- (ISC/UFBA). Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- (UFRB).

Aline Macedo Carvalho Freitas - Graduada em Enfermagem pela UFRB, Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho, Mestranda em Saúde Coletiva e integrante do Núcleo de Epidemiologia da UEFS. Desenvolvendo pesquisa sobre saúde docente universitário, alterações do sono e aspectos psicossociais do trabalho.

Tânia Maria de Araújo - Psicóloga pela UFMG, Mestre em Saúde Comunitária/UFBA, Doutorado em Saúde Pública/ISC/UFBA e Pós-doutorado na University of Massachusetts. Professora Titular Pleno da UEFS, integrante do Departamento de Saúde do SINPRO. Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia (NEPI/UEFS). Experiência em saúde mental, estresse ocupacional, condições de trabalho, trabalho docente e saúde, gênero e saúde.

Silvaneide Gonçalves Santana Leite- Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Servidora da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), lotada no Hospital Geral Clériston Andrade em Feira de Santana/BA.

Margarete Costa Helioterio - Professora Assistente do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Pesquisadora do Núcleo Saúde, Educação e Trabalho- UFRB. Mestra em Saúde Comunitária pela UFBA. Graduação em Enfermagem pela UEFS.

Jacqueline Reiter de Oliveira- Enfermeira Assistencial do HGCA/FS; Mestra em Saúde Coletiva, UEFS. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela FADBA. Especialista em Nefrologia pela USP. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pelo IAE.

Thainara Tolentino Oliveira- Graduada do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Allina Leal Bringel - Graduada do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Arisne Munique da Silva Ramos - Graduada do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Laine Maria Damasceno - Graduada do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Saulo Wesley Silva Lessa Vilasboas- Graduada do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo- Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco; Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana; Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília.

Simone Seixas da Cruz - Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana; Mestrado e Doutorado em Saúde Pública-Epidemiológica pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Maria da Conceição Costa Rivemales - Doutora em Enfermagem. Especialista em Gestão em Saúde. Especialista em Docência na Saúde. Atualmente é Professora Adjunto II da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Membro integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde.

Mirian Santos Paiva - Doutora em Enfermagem e Pós-doutora em Psicologia Social. Atualmente é Professora Associada da Universidade Federal da Bahia. Docente credenciada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFBA onde orienta nos cursos de mestrado e doutorado.

Marlus Henrique Queiroz Pereira - Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde. Professor Assistente da Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde.

Maria Luiza Amorim Sena Pereira - Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde. Professora Assistente da Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde.

Barbara Eduarda Panelli-Martins - Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde. Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro das Ciências da Saúde.

Sandra Maria Chaves dos Santos - Doutora em Administração Pública. Professora Associada da Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Luziane dos Santos - Enfermeira graduada na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB. Atua como técnica de enfermagem do Hospital Universitário de Medicina Veterinária da UFRB.

Adailton Alves da Costa Filho- Graduando em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Elizabete de Jesus Pinto- Bacharel em Estatística pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (2013). Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Suely Pinto Teixeira de Moraes- Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana, graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Doutorado em Saúde Pública, pelo Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia / Centro de Ciências da Saúde - CCS.

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



CAPES



Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia



*Superintendência de
Educação Aberta e a Distância*



Editora UFRB

ISBN 978-855971032-8



9

788559

710328