

Leny A. Bomfim Trad
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
(Organizadoras)

PESQUISA APLICADA E TRANSLAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Contribuições de um mestrado
profissional no Tocantins



PESQUISA APLICADA E TRANSLAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Contribuições de um mestrado
profissional no Tocantins

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Assessor do reitor

Paulo Costa Lima



E D U F B A

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

Leny A. Bomfim Trad
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
(Organizadoras)

PESQUISA APLICADA E TRANSLAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Contribuições de um mestrado
profissional no Tocantins

Salvador
EDUFBA
2020

2020, Autores.
Direitos para esta edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal.

*Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da
Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.*

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Larissa Vieira de Oliveira Ribeiro

REVISÃO

Santiago Fontoura

FOTO DE CAPA

Sergio Luis de Oliveira Silva

NORMATIZAÇÃO

Bianca Rodrigues de Oliveira e Marcely Moreira

SISTEMA UNIVERSITÁRIO DE BIBLIOTECAS – UFBA

Pesquisa aplicada e translação em saúde coletiva : contribuições
de um mestrado profissional no Tocantins / Leny A. Bomfim
Trad, Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha,
organizadoras. – Salvador : EDUFBA, 2020.
389 p.

ISBN: 978-65-5630-106-8

1. Saúde Pública - Brasil. 2. Saúde Pública - Tocantins. 3. Sistema
Único de Saúde (Brasil). 4. Universidades e Faculdades – Brasil –
Pós-graduação. I. Trad, Leny A. Bomfim. II. Rocha, Ana Angélica
Ribeiro de Meneses e.

CDD – 614

Elaborada por Jamilli Quaresma
CRB-5: BA-001608/O



Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo
s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164
www.edufba.ufba.br
edufba@ufba.br

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AC – Áreas de concentração

ACS – Agente Comunitário de Saúde

A&CR – Acolhimento e Classificação de Risco

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária em Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

AT – Acidente de trabalho

ATMB – Acidente de trabalho com exposição à material biológico

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CASAI – Casa de Saúde do Indígena

CAT – Comunicação de acidente de trabalho

CC – Centro Cirúrgico

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP – Comitê de ética em pesquisa

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CGR – Colegiados de Gestão Regional

CIES – Integração Ensino-Serviço

CIMI – Comissão do Internato Médico Interinstitucional

CIR – Comissões Intergestores Regionais

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CME – Central de material estéril
CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAPES – Contratos organizativos de ação pública ensino-saúde
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
CTB – Carga Tributária Bruta
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DGP – Diretoria de Gestão Profissional
DHT – Hospital de doenças tropicais
DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EPI – Equipamento de proteção individual
ESF – Estratégia Saúde da Família
ETSUS – Escola Técnica do SUS
FPE – Fundo de Participação dos Estados
FUNAI – Fundação Nacional Indígena
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
HGP – Hospital geral de Palmas
IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Infecção Canina
INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Silva
INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
ITPAC – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LRF – Lei de responsabilidade fiscal
LV – Leishmaniose visceral
LVH – Leishmaniose visceral humana
MATOPIBA – Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia
MP – Mestrado Profissional
MPGSS - Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
MS – Ministério da Saúde

NIES – Núcleo de interação ensino-serviço
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
PARA – Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
PES – Plano Estadual de Saúde
PET Saúde – Programa de educação pelo trabalho para a saúde
PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PLANAPO – Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAPO – Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSIH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PO – Pesquisa Operacional
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
PR – Planejamento Regional
PRONARA – Programa Nacional para Redução do Uso de Agrotóxicos
PSE – Programa Saúde na Escola
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
RC – Rede Cegonha
RCL – Receita Corrente Líquida
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RSS – Resíduos de serviço de saúde
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SASISUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SES/TO – Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins
SGPES – Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINDIVEG – Sindicato Nacional das Indústrias de Produtos para Defesa Vegetal
SISREG – Sistema Nacional de Regulação
SMAC – Serviço de Média e Alta Complexidade
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína
SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SPI – Serviço de Proteção aos Índios
SST – Serviços de Segurança e Saúde do Trabalhador
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de conclusão de curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMP – Tempo Médio de Permanência
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFT – Universidade federal do Tocantins
VER-SUS – Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
VSPA – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

SUMÁRIO

13 | **Prefácio**

Jairnilson Silva Paim

15 | **Apresentação**

Leny A. Bomfim Trad e Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

*Primeira parte – Formação de quadros
para o SUS e educação em saúde*

25 | Capítulo 1

Parceria academia-serviço e educação emancipatória em prol do SUS: a experiência do mestrado profissional do Tocantins

Leny Trad, Ana Angélica Rocha

47 | Capítulo 2

A Escola Tocantinense do SUS e seu papel catalisador na transformação dos processos de trabalho

Márcia Valéria Ribeiro de Queiroz Santana, Laudecy Alves do Carmo Soares e Raimunda Fortaleza de Sousa

63 | Capítulo 3

Gestor em saúde na SES Tocantins: conhecimentos e competências

César Martins Barbosa e Isabela Cardoso de Matos Pinto

83 | Capítulo 4
Relações político-institucionais na construção do internato nos cursos de medicina do estado do Tocantins
Andreis Vicente da Costa e Ana Cristina Souto

101 | Capítulo 5
Educação em saúde na estratégia saúde da família: concepções, práticas e abordagens
Paulo Henrique Mendes Teixeira e Lilliana Santos

Segunda parte – Morbimortalidade no Tocantins: contribuições da pesquisa epidemiológica

121 | Capítulo 6
Situação epidemiológica da Leishmaniose Visceral Humana e da infecção canina na zona urbana de Araguaína, Tocantins, 2007 a 2014
Ana Ydelplynya Guimarães Amaro, Marcio Natividade e Deborah Daniela M. T. Carneiro

141 | Capítulo 7
Leishmaniose Visceral em crianças de zero a cinco anos em Araguaína-TO, no período de 2011 a 2013
Maria Deuzina Alves Lemos e Florisneide R. Barreto

157 | Capítulo 8
Intoxicações por agrotóxicos no estado do Tocantins: 2010-2014
Sérgio Luís de Oliveira Silva e Ediná Alves Costa

177 | Capítulo 9
Acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem nas unidades hospitalares públicas em uma capital da região norte do Brasil
Regiany Calazans Lameira e Sheila Maria Alvim Matos

199 | Capítulo 10

Mortalidade por suicídio e sua distribuição em áreas de abrangência da estratégia saúde da família, em uma capital da região norte do país

Gilian Cristina Barbosa e Darci Neves dos Santos

Terceira parte – Estudos em planejamento, gestão e atenção à saúde no Tocantins

217 | Capítulo 11

O Plano Municipal de Saúde de um município do estado do Tocantins: análise de coerência interna e externa

Edivaldo Pereira da Silva Amorim e Carmen Fontes Teixeira

233 | Capítulo 12

Atuação da Comissão Intergestores Regional no processo de planejamento em saúde

Maria Luíza Salazar Freire e Mariluce Karla Bomfim de Souza

259 | Capítulo 13

O financiamento da saúde: análise da evolução das receitas e despesas da secretaria de estado da saúde do Tocantins

Daniel Borini Zemuner e Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza

281 | Capítulo 14

Variação dos custos associados ao processo de gerenciamento dos resíduos sólidos infectantes em um hospital geral

Ana Claudia Dias Bastos e Erika Santos de Aragão

301 | Capítulo 15

Análise de implantação do Kanban em hospitais do programa SOS emergências

Débora Petry e Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

319 | Capítulo 16

O processo de trabalho de equipes de saúde da família em municípios com baixo IDH no Tocantins: entre o preconizado e os desafios no cotidiano

Claudia Virginio de Souza Caldeira e Catharina Leite Matos Soares

335 | Capítulo 17

Desafios para redução da sífilis congênita: implantação do programa rede cegonha, componente pré-natal em Palmas, Tocantins

Andrea Siqueira Montalvão e Monique Azevedo Esperidião

355 | Capítulo 18

Avaliação do acesso da população indígena à rede de atenção à saúde na região norte do Tocantins

Margareth Santos de Amorim e Monique Azevedo Esperidião

379 | **Sobre os autores**

PREFÁCIO

Sempre é motivo de grande satisfação para quem exerce o ofício de docente constatar o interesse discente em ultrapassar o que aprendeu e tornar útil o produto do seu trabalho no processo educativo. Este livro registra e testemunha o esforço empreendido para que as dissertações concluídas em um mestrado profissional, além de revelarem temáticas relevantes para instituições do SUS, contribuam para o conhecimento e a superação de problemas identificados nos âmbitos da gestão e da organização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, os capítulos do livro vão além das especificidades identificadas no estado do Tocantins e convidam para uma reflexão acerca da chamada “translação em saúde coletiva”. Uma aposta no caráter virtuoso entre o conhecimento científico e a experiência cotidiana, com influências de mão dupla, também colocam desafios para os que pretendem viabilizar uma dada incorporação tecnológica em organizações concretas. No caso da saúde coletiva, em que as ciências sociais e humanas entranham o conhecimento produzido essa assimilação de tecnologias, requer militância sociopolítica para a sua efetivação. Isto porque as tecnologias não são coisas em si, descontextualizadas, neutras, a-históricas e reificadas. Elas expressam relações sociais e, conseqüentemente, disputas de interesses e visões de mundo que atravessam o poder, a economia, a ideologia e a cultura.

Se essas breves reflexões fazem sentido, caberia ressaltar que tão importantes quanto os produtos do mestrado profissional em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), ora divulgados nesta publicação, são os sujeitos críticos constituídos no

processo. São eles que podem se transformar em sujeitos da práxis ou sujeitos da antítese para resistir às ameaças e construir alternativas diante dos ataques ao SUS, lutando para superar a conservação presente no processo da reforma sanitária brasileira.

Jairnilson Silva Paim

Professor Titular aposentado e membro do corpo docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

APRESENTAÇÃO

Leny A. Bomfim Trad e

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

Em meados da década de 2000, Novaes (2004)¹ enfatizou a necessidade de uma efetiva articulação entre os produtores, financiadores e usuários da pesquisa em saúde no Brasil, destacando em seu trabalho a participação bastante tímida de estudos desta natureza nas publicações nacionais de então. Goldbaum (2004)² problematizou este achado, chamando a atenção para o perfil da produção veiculada em congressos da saúde coletiva, nos quais a presença de trabalhos (co)produzidos em serviços de saúde e/ou que abordavam questões inerentes a este contexto era muito expressiva, por vezes, majoritária. Frente a este dado, o autor interrogou se a invisibilidade desta produção não estaria associada a barreiras editoriais.

Na mesma ocasião, o mestrado profissional (MP) na saúde coletiva encontrava-se no estágio inicial de implantação. Sua consolidação, ao longo de quase duas décadas, tem potencializado o desenvolvimento da pesquisa em serviço no Brasil, assim como, uma colaboração mais efetiva entre pesquisadores filiados a instituições acadêmicas e profissionais de

1 NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 147-157, 2004. Supl. 2.

2 GOLDBAUM, M. Formas de expressão da pesquisa em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 166, 2004. Supl. 2.

saúde que passam a exercitar a prática da pesquisa tendo como objeto problemas que emanam de sua realidade de trabalho.

Vale notar que uma das expectativas associadas à criação dos MP's, dada à finalidade precípua de produzir conhecimentos para a solução de problemas práticos, é que estes possam contribuir para reduzir a distância entre a universidade e os setores produtivos da sociedade brasileira, através da "tradução" do conhecimento gerado pelas pesquisas científicas e sua incorporação prática. (BARATA, 2006)³ Tais características se alinham com os apelos mais recentes em defesa do princípio da translação na prática científica. A translação pode ser definida como o encontro especialmente fértil entre o conhecimento científico e aquele gestado a partir da experiência cotidiana, o qual propicia o intercâmbio entre racionalidades, em princípio díspares, e culmina com a reconfiguração de ambos os conhecimentos. (CLAVIER et al., 2011)⁴

A ênfase na pesquisa em serviço, sem deixar de fomentar e valorizar a produção de tecnologias inovadoras em saúde, tem sido uma marca na trajetória de implementação do mestrado profissional no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (MP/ISC/UFBA). Este aspecto foi evidenciado nas primeiras avaliações da experiência do MP do ISC, nas quais foram destacadas também as seguintes especificidades desta modalidade de curso: estímulo à reflexão coletiva sobre a natureza do processo de produção de conhecimentos e tecnologias no campo da saúde coletiva; investimento na formação de sujeitos capazes de desencadear processos de mudanças organizacionais; e projeto pedagógico que articula as dimensões política, técnica e ética visando contribuir para a efetividade, a qualidade da atenção à saúde e da resolução dos problemas no setor saúde. (DOURADO et al., 2006)⁵

3 BARATA, R. B. Avanços e desafios do mestrado profissionalizante. In: LEAL, M.C.; FREITAS, C. M. (org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 267-282.

4 CLAVIER, C.; SÉNÉCHAL, Y.; VIBERT, S. et al. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Sociology of health & illness*, Bethesda, v. 34, n. 5, p. 791-805, 2011.

5 DOURADO, I.; TEIXEIRA, C.; AQUINO, E. et al. A experiência do mestrado profissional do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2001-2004. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 85-75.

Essas diretrizes têm guiado cada nova edição do mestrado profissional do ISC/UFBA. Esta coletânea reúne os resultados da 16ª edição do curso, mais especificamente, das pesquisas realizadas pelos dezessete integrantes do MP em Saúde Coletiva com concentração em gestão de sistemas de saúde, realizado em Palmas-TO, entre 2014-2016.

A coletânea está estruturada em três partes. A primeira, intitulada *Formação de quadros para o SUS e educação em saúde*, reúne cinco capítulos. Leny Trad e Ana Angélica Rocha descrevem no primeiro capítulo a experiência de construção e implantação do MP em foco, destacando além de aspectos/desafios relacionados com os arranjos institucionais e práticos do desenvolvimento do curso, os fundamentos epistemológicos e ético-políticos que nortearam o projeto pedagógico. Através do diálogo com Paulo Freire e Boaventura de Souza Santos, questionam propostas de formação de quadros para o SUS que se limitam a oferecer atualização de conhecimentos ou treinamento de habilidades requeridas nos respectivos espaços de trabalho, sem comprometer-se também com a produção de sujeitos críticos.

O texto de Laudecy Soares, Marcia Valéria Queiróz e Raimunda Fortaleza discute o papel da ETSUS na formação dos trabalhadores de saúde do estado do Tocantins. As autoras destacam, em especial, o papel da formação como elemento indutor de mudanças nas práticas e consequente transformação dos processos de trabalho no âmbito da gestão, de forma a influenciar diretamente na realidade atual e no atendimento às necessidades apresentadas pelos serviços.

O capítulo seguinte, de César Martins Barbosa e Isabela Cardoso Pinto, analisa os resultados da pesquisa que descreve e problematiza o perfil dos gestores de Saúde de Tocantins, cargo implantado em 2005 com o objetivo de profissionalizar a gestão do SUS. Ao analisar aspectos relativos ao perfil e formação destes profissionais, assim como suas funções e atuação na SES, são apontadas fragilidades relacionadas precisamente com a formação de gestores.

Deslocando a atenção para outros grupos de profissionais, os quais são centrais no âmbito da assistência, o trabalho de Andreis Vicente da Costa e Ana Cristina Souto discutiu avanços e desafios na formação médica no Tocantins com base na avaliação da experiência dos estágios obrigatórios de três cursos de Medicina em unidades de saúde sob gestão

estadual. Os autores enfatizaram a importância do internato rural, que tem contribuído para fugir à centralidade da formação em ambiente hospitalar. Foi especialmente ressaltada a importância da organização e articulação interinstitucional (universidade-serviços) para que o SUS possa se estabelecer como ordenador da formação de recursos humanos.

E para reforçar o caráter estratégico das ações de educação em saúde com vista à transformação do modelo de atenção, temos o estudo de Paulo Henrique Mendes Teixeira e Liliana Santos. Tendo como base o perfil predominante das práticas educativas e a percepção dos profissionais que atuam na atenção primária de saúde de Tocantins, a pesquisa evidenciou a dificuldade de superação da abordagem vertical e impositiva em favor de uma prática mais dialógica. O estudo enfatizou a importância de considerar a influência, neste processo, dos valores e crenças das equipes de saúde, da comunidade etc.

A segunda parte - *Morbimortalidade no Tocantins: contribuições da pesquisa epidemiológica* – congregou um segundo bloco de cinco estudos. A leishmaniose visceral (LV), importante problema de saúde pública local, é abordada nos dois primeiros. Ana Ydelpina Amaro e Marcio Natividade analisaram a situação epidemiológica da leishmaniose visceral humana e da infecção canina na zona urbana da cidade de Araguaína/TO, considerando o período de 2007 a 2014. A pesquisa evidenciou o aumento da incidência de LV humana e da infecção canina nas áreas urbanas no município estudado, favorecida pela debilidade das medidas de controle com a população canina afetada.

O trabalho de Maria Deuzina Lemos e Florisneide Barreto investigou a leishmaniose visceral em crianças de zero a cinco anos no mesmo município, entre 2011 a 2013. Além das características epidemiológicas, foram considerados os aspectos clínicos, laboratoriais, as alternativas terapêuticas e o processo evolutivo da doença dos grupos de crianças atendidas em um hospital local. Foram destacados entre os achados a precocidade das faixas etárias atingidas e a variedade de doenças associadas aos casos estudados.

O capítulo seguinte, assinado por Sérgio Luis de Oliveira e Ediná Costa, trata de intoxicações por agrotóxicos no estado do Tocantins. Trata-se de uma questão emblemática na pesquisa em ambiente e saúde. Com base em dados coletados no SINAN, o estudo mostra a dinâmica das intoxicações por agrotóxicos no Tocantins entre 2010 e 2014, assinalando

a existência sistemática de (sub) notificação. O texto ressalta que o Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos, o que resulta na grande exposição dos trabalhadores.

Os outros dois capítulos abordam um conjunto de problemas especialmente relevantes no quadro epidemiológico contemporâneo – acidentes de trabalho no âmbito hospitalar e suicídio – tendo como referência estudos realizados no município de Palmas. A pesquisa de Regiany Calazans e Sheila Alvim tipifica os acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem em unidades hospitalares públicas da capital do Tocantins, destaca os profissionais envolvidos e as condutas adotadas após exposição ocupacional. As autoras sugerem o reforço de medidas preventivas baseadas em educação continuada visando fomentar práticas seguras e o incentivo à notificação em todas as unidades hospitalares.

O estudo de Gillian Cristina Barbosa e Darci Neves investigou a mortalidade por suicídio e sua distribuição em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Palmas. O trabalho evidenciou o desafio na incorporação das ações de saúde mental no âmbito da ESF e alertou para a necessidade do reconhecimento da existência do suicídio no município, ressaltando que o conhecimento sobre sua distribuição, fatores de risco e perfil dos afetados poderá subsidiar intervenções sobre o problema.

A terceira parte da obra - *Estudos em planejamento, gestão e atenção à saúde no Tocantins*, cujo título remete à área de concentração do curso, reúne um volume maior de capítulos (oito), como era de se esperar. O primeiro, assinado por Edivaldo Pereira da Silva Amorim e Carmem Fontes Teixeira, descreve um estudo de caso que analisou o grau de coerência interna e externa de um determinado plano municipal de saúde, considerando, respectivamente: a correspondência entre os problemas descritos e os objetivos e metas propostos; além da relação com os planos plurianual, estadual e nacional. A pesquisa revelou avanços na perspectiva de integração dos instrumentos de gestão na dimensão externa. Em contrapartida, apontou a necessidade de aperfeiçoar a consistência técnica da análise situacional de modo a melhor precisar os problemas e suas respectivas políticas de enfrentamento.

O planejamento em saúde em escala regional foi contemplado pelo trabalho de Maria Luísa Salazar e Mariluce Bomfim de Souza, que analisou o processo do planejamento da região da Ilha do Bananal, localizada no

estado do Tocantins, considerando o período de 2011 a 2014. A partir da análise da constituição, atuação e dinâmica de funcionamento do colegiado regional, foi evidenciado que esse se revela como sujeito coletivo capaz de elaborar planos e projetos. Além disso, o dito colegiado demonstrou ser um espaço de comunicação, de regulação do acesso com reflexos diretos no ordenamento da saúde da região.

O tema do financiamento, um dos nós críticos no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, é o foco do capítulo assinado por Daniel Zamuner e Luís Eugenio de Souza. O texto retrata os resultados do estudo que analisou a evolução das receitas e despesas da secretaria de estado da saúde do Tocantins, no período de 2003 a 2014, contemplando diferentes fontes, elementos de despesas e a relação entre receitas e despesas, apresentando ainda uma comparação com a situação de outros estados brasileiros. Além de apontar para a necessidade da busca de equilíbrio orçamentário e financeiro da SES-TO, os autores ressaltaram os problemas de subfinanciamento e de ineficiência da gestão do SUS, além do descontrole de gastos em geral e a impossibilidade dos estados e municípios em expandir o percentual relativo à saúde.

Os dois capítulos seguintes abordaram dimensões gerenciais, privilegiando o contexto hospitalar. Ana Cláudia Dias Bastos e Erika Santos de Aragão investigaram uma atividade pouco visibilizada na pesquisa em gestão: o gerenciamento dos resíduos sólidos em hospitais. Neste estudo, o principal objetivo foi verificar a variação dos custos associados ao processo de gerenciamento dos resíduos sólidos infectantes em um hospital geral. A pesquisa mensurou o custo de tratamento relacionando-o à forma como é executada a segregação de acordo com os protocolos estabelecidos, e apontou inconsistências significativas neste processo e suas consequências, tais como: impactos ambientais, riscos para a saúde, desperdício e elevação de custos para as unidades de saúde.

Débora Petry e Luís Eugenio de Souza desenvolveram um estudo de análise de implantação do “Kanban” – ferramenta que busca controlar o tempo médio de permanência dos leitos em unidades de emergência – em hospitais que integram o programa SOS Emergência. Esta pesquisa extrapolou as fronteiras do Tocantins, posto que abrangeu sete hospitais de diferentes regiões do Brasil, dentre os dez que haviam implantado a ferramenta naquela ocasião. O estudo verificou um grau diversificado de

implantação nos diferentes contextos investigados, indicando os fatores que contribuíram e/ou prejudicaram a implantação da ferramenta.

O processo de trabalho de equipes de Saúde da Família em municípios do Tocantins com baixo IDH foi o objeto da pesquisa de Cláudia Virginio de Souza e Catharina Matos. O estudo investigou se as práticas desenvolvidas estão em consonância com a proposta da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), apontando elementos facilitadores e limitadores no cotidiano das equipes. Foram identificadas dificuldades estruturais que limitam as práticas desenvolvidas – ações pontuais e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos da PNAB (em vigência por ocasião da pesquisa).

A pesquisa de Andréa Siqueira e Monique Espiridião analisou o grau de implantação das ações de controle da sífilis congênita na atenção básica, um dos componentes do pré-natal da Rede Cegonha, no município de Palmas. O trabalho concluiu que as ditas ações estão parcialmente implantadas e ainda precisam ser aperfeiçoadas, fato apontado como um desafio para a redução da sífilis congênita.

O último capítulo, de Margareth Santos de Amorim e Monique Azevedo Espiridião, retrata o estudo que analisou o acesso à rede de atenção à saúde de média e alta complexidades por parte da população indígena no norte do Tocantins. Um aspecto preliminar enfatizado no texto diz respeito à absoluta escassez de publicações sobre este tema. A pesquisa envolveu gestores das unidades hospitalares, dos distritos sanitários indígenas, da regulação, assim como profissionais das casas de apoio, e encontrou que as principais barreiras de acesso são de cunho organizacional e cultural.

Parte 1

**FORMAÇÃO DE
QUADROS PARA O SUS
E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Capítulo 1

PARCERIA ACADEMIA-SERVIÇO E EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA EM PROL DO SUS: A EXPERIÊNCIA DO MESTRADO PROFISSIONAL DO TOCANTINS

Leny A. Bomfim Trad

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

INTRODUÇÃO

Era patente, desde o final da década de 1990, a existência de uma grande demanda reprimida por formação/qualificação dos trabalhadores para o SUS, particularmente as regiões com menor oferta de instituições formadoras. Isto implicava e ainda implica reconhecer que o Brasil apresenta uma realidade desigual do ponto de vista de oferta de centros formadores e, conseqüentemente, de acesso a cursos, particularmente, no âmbito de pós-graduação.

É neste contexto que se implanta o mestrado profissional no Instituto de Saúde Coletiva (ISC), visando reconhecer e atuar frente a múltiplos problemas-necessidades de saúde da população, do sistema e dos serviços de saúde, sempre atento à complexidade de seus determinantes, bem

como às características inerentes aos processos de trabalho neste campo. O ISC foi um dos pioneiros na implantação do mestrado profissional na área de saúde. A primeira turma foi implantada em 2001, assim que esta modalidade de mestrado foi regulamentada pela CAPES. (BRASIL, 1999) A aposta histórica da instituição em fomentar uma forte imbricação entre pesquisa e cooperação técnica, privilegiando, entre os seus parceiros, instâncias das três esferas de gestão do SUS, foi determinante para este pioneirismo.

No projeto pedagógico do curso se explicitou, por um lado, um leque de áreas de concentração que refletia as principais expertises do ISC, com destaque para gestão em sistemas e serviços de saúde, epidemiologia de serviços de saúde e vigilância sanitária. Por outro lado, no conteúdo programático, foi definido um núcleo comum às várias áreas de concentração que contempla fundamentos básicos (conceitos/ferramentas) de epidemiologia, política, planejamento e gestão em saúde e ciências sociais em saúde. Esta característica do desenho curricular do MP já prevalecia nos cursos de mestrado e doutorado do ISC, mas reitera, no primeiro caso, o compromisso com a formação de quadros para o SUS, afinados com o perfil interdisciplinar do campo da saúde coletiva.

As edições sucessivas de turmas de mestrado profissional do ISC têm preservado os fundamentos destacados do projeto pedagógico original, buscando, entretanto, atualizar e refinar a cada nova experiência o conteúdo programático e as estratégias pedagógicas do curso. Cabe ressaltar, neste ponto, dois aspectos que têm sido determinantes para conferir uma feição singular aos projetos das diferentes turmas implantadas. O primeiro diz respeito à coerência curricular com as áreas de concentração (AC), na qual a turma em questão se vincula e que norteia a delimitação de módulos temáticos e disciplinares do programa (mantendo os conteúdos do núcleo básico, antes referido), assim como o perfil do quadro docente/discente.

O segundo aspecto remete às interlocuções e pactos firmados com os parceiros institucionais alindados com a busca de uma gestão acadêmica mais participativa. Destaca-se, particularmente, a discussão junto aos gestores parceiros dos conteúdos e abordagens a serem privilegiados nos momentos de concentração em sala de aula, de dispersão em

atividades práticas nos serviços, assim como de temas prioritários para a definição dos trabalhos de conclusão de curso.

Com base nesta percepção do caráter singular impresso em cada novo curso (turma) que se inaugura no ISC, pretende-se neste capítulo compartilhar a experiência de construção e implantação do mestrado profissional em saúde coletiva com área de concentração em gestão de sistemas de saúde, oferecido para o SUS de Tocantins (2014-2016). Em termos mais específicos, busca-se explicitar, descrever e problematizar os arranjos institucionais, as escolhas em termos de abordagens pedagógicas, além de critérios e procedimentos operacionais do curso em foco, assinalando oportunamente os desafios inerentes a este processo.

Em relação aos arranjos institucionais, serão privilegiados na primeira parte da discussão, a seguir, elementos associados à configuração política institucional, que inclui a questão da definição de papéis e atribuições do ISC/UFBA, da Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins (SES/TO), destacando-se o papel da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (ETSUS) de Tocantins. Discutirá, sobretudo, a dinâmica das relações interinstitucionais ao longo do processo de organização do curso, a qual envolveu mediações importantes visando compatibilizar culturas institucionais, assim como visões e interesses de gestores, equipe de coordenação, docentes, discentes e apoiadores institucionais.

Ao trata das questões pedagógicas, em um primeiro momento, ficam expostos os princípios ou fundamentos que orientaram o curso. Em seguida, serão descritos os desafios que se apresentaram na implementação do projeto pedagógico. Interessa, sobretudo, promover a reflexão a respeito do compromisso com a “formação de atores críticos”. Sobre este aspecto importa problematizar potencialidades e limites de determinados modelos de formação baseada em competências que privilegiam basicamente ou exclusivamente finalidades instrumentais. Em outras palavras, os conteúdos e abordagens pedagógicas se comprometem apenas como o “saber para fazer”, negligenciando o exercício do “saber para ser”. Serão evocados aqui os fundamentos da educação libertadora de Paulo Freire, para questionar propostas de formação de quadros para o SUS que se limitam a oferecer atualização de conhecimentos ou treinamento de habilidades requeridas nos respectivos espaços de trabalho. Modelo este que se man-

tém hegemônico e que ganha especial respaldo em uma sociedade ávida por resultados.

Tal questionamento não implica, por outro lado, negar a importância de investimentos no ensino-aprendizagem de competências profissionais específicas, as quais são especialmente valorizadas em cursos profissionalizantes. Trata-se, principalmente, tal como enfatiza Carmem Teixeira (2006), inspirada por Mário Testa, de apostar em projetos pedagógicos que privilegiem a formação de “sujeitos epistêmicos, avaliadores e públicos”, contribuindo assim para a formação de profissionais e trabalhadores de saúde coletiva que assumam a responsabilidade com mudanças organizacionais e das práticas de saúde.

DESAFIOS ORGANIZACIONAIS: AS PRIORIDADES, OS PACTOS E A DISPOSIÇÃO PARA O DIÁLOGO

Considerando o enquadre específico do mestrado profissional no campo da saúde, a oferta de cursos nesta modalidade no ISC tem se dado, desde as primeiras edições, a partir do estabelecimento de parcerias formais (convênios, contratos etc.) com entidades públicas, notadamente instâncias gestoras do SUS – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Progressivamente, as demandas por novas turmas foram se intensificando e a instituição se viu diante da necessidade de definir alguns critérios para orientar a decisão de implantação de novas turmas ou ainda quanto a quantidades de turmas simultâneas. Sobre este último, prevaleceu a orientação de manter até duas turmas simultâneas, levando em conta a capacidade de trabalho do corpo docente e o cuidado para não comprometer o bom andamento de outras atividades institucionais, além da preocupação em garantir sempre a qualidade dos cursos ofertados.

Na apreciação das demandas por cursos advindas dos entes, gestores referidos, vêm sendo considerados os seguintes critérios: a indicação de factibilidade técnica e financeira; a declaração do gestor principal de que garantirá a liberação dos profissionais futuramente selecionados para participar nos módulos presenciais e, em momento oportuno, se dedicar à escrita do trabalho de conclusão (artigo, dissertação, outros). São levados em conta também outros dois aspectos: a escassez de oferta de

centros formadores no estado ou região onde será oferecido o curso e a existência de experiência anterior de cooperação técnica com a instituição demandante.

Micas e Batista (2014), em metassíntese da produção científica sobre práticas relacionados à educação permanente em saúde, chamam atenção para a articulação educação e saúde que se encontra pautada tanto nas ações dos serviços de saúde quanto de gestão e de instituições formadoras. Os autores destacaram que propostas de educação permanente em saúde devem favorecer tanto a participação de profissionais dos serviços quanto professores e profissionais das instituições de ensino.

No caso da SES/TO, todos estes critérios foram atendidos. Quanto a experiências anteriores de parceira, ela se deu de forma significativa através dos cursos de formação com foco no planejamento em saúde, que estavam vinculados a um projeto ministerial mais amplo – o PlanejaSUS. A SES/TO foi contemplada inicialmente com uma turma da capacitação de 40 horas e, posteriormente, sediou uma das turmas do curso de especialização em planejamento em saúde, que reuniu profissionais da secretaria estadual e municipais de saúde dos estados do Tocantins e do Amapá.

Uma vez aprovada a proposta pelas instâncias pertinentes do ISC (colegiado de pós-graduação e congregação), passou-se à fase de construção, refinamento da proposta junto à equipe da SES, procurando identificar as particularidades e necessidades específicas no plano institucional e regional e também alinhar visões e compromissos, de modo a favorecer um projeto de curso que refletisse um processo dialógico de cooperação.

Um primeiro passo nesta direção consistia em distanciar-se do modelo da educação empresarial, dominante entre instituições privadas, pautado principalmente na valorização do capital simbólico e mercadológico associado à titulação. Não se trata, certamente, de priorizar a oferta centrada na demanda espontânea de indivíduos. Na realidade, a relação de base se dá entre parceiros institucionais e passa pela identificação de prioridades locais, seja no momento de definir perfil de candidatos, seja na fase da discussão sobre conteúdos programáticos, temas de pesquisa. São recusadas com base neste princípio demandas ou propostas que se aproximam muito mais da clássica noção de consultoria ou da denominada “capacitação por encomenda”.

A disposição para o diálogo e para a busca conjunta de soluções frente a alguns desafios que se apresentaram ao longo do curso foram cruciais para o bom andamento da parceria entre o ISC e a SES/TO, cujos principais interlocutores foram, respectivamente, a coordenação do curso e membros da escola tocantinense do SUS. As primeiras rodadas de conversações ocorreram principalmente na sede do ISC e contemplaram, além de definições relativas a atribuições e responsabilidades de ambos os parceiros, incluindo a questão do financiamento, uma análise cuidadosa do projeto pedagógico. Esta última visou à revisão e à atualização das ementas das disciplinas, procurando, na medida do possível, incorporar temas de interesse da SES/TO. As prioridades institucionais foram especialmente consideradas na definição de uma agenda de pesquisa que orientou a escolha dos temas/problemas abordados nos trabalhos de conclusão de curso dos discentes.

Nas etapas subsequentes, o diálogo sistemático foi guiado pelo processo de avaliação formativa, cujos indicadores abordados – organização, infraestrutura, conteúdo programático, metodologia, qualidade do corpo docente etc. – permitiram monitorar o desenvolvimento do curso. Os intercâmbios neste caso se deram tanto de forma presencial, aproveitando a presença da coordenadora e/ou vice-coordenadora do curso em Palmas (local onde ocorreram as aulas), quanto através de *e-mail* eletrônico. Nesses momentos, foi especialmente requerida de ambas as partes a disposição para a escuta e a abertura para avaliar os respectivos desempenhos.

Considera-se assim que a comunicação e articulação entre ISC/UFBA e SES/TO seguiu um curso muito tranquilo, sem maiores turbulências. Foram poucos os momentos em que se identificou certa tensão no processo de negociação com os interlocutores, a exemplo da situação relacionada à liberação de carga horária dos profissionais na fase de desenvolvimento da pesquisa e elaboração dos trabalhos de conclusão de curso. Foi preciso reiterar que a liberação de carga horária das atividades regulares dos discentes pela SES/TO não se restringia apenas à etapa de realização dos módulos, lembrando que este foi um ponto especialmente enfatizado na fase de discussão do convênio para realização do mestrado profissional.

Um dos grandes aprendizados deste processo consistiu em reconhecer a importância de se compreender mais profundamente a realidade

da entidade que tínhamos como parceira: uma Secretaria de Estado da Saúde situada no norte do Brasil. Coube considerar, por exemplo, que a SES/TO, assim como a maioria das secretarias estaduais, apresenta uma estrutura básica (organograma) complexa, mecanismos sofisticados de operação e múltiplos mecanismos de coordenação e decisão, além de congregar tipos distintos de poder – *técnico, administrativo e político*. *Tal configuração torna-se ainda mais complexa se levarmos em conta que, como responsável pela manutenção e funcionamento de todos os serviços de saúde de referência secundária e terciária no estado, a SES/TO, além de manter o arquétipo de prestadora de serviços, deve desempenhar o papel de formuladora da política estadual de saúde e reguladora do sistema no território de Tocantins.*

Não seria possível discutir e conduzir uma proposta de mestrado profissional em gestão de sistemas e serviços de saúde (MPGSS) com a SES/TO sem considerar o quadro apresentado. Em Testa (1997), vislumbra-se um marco para entender essa nova alma institucional e, sobretudo, um caminho a trilhar na construção partilhada de projetos pedagógicos voltados para profissionais que atuam na gestão estadual em saúde. Uma trilha que envolve ao menos quatro marcos principais: 1) a desconstrução (referente à inversão dos valores correntes na instituição a partir da crítica, da “análise situacional”); 2) a investigação (mediada pela reflexão, na aquisição de novos conhecimentos, de compreender melhor o ambiente externo, sendo capaz de analisá-lo e produzir informação); 3) a política (redefinições de seus motivos “para” e os motivos “porquê”); 4) uma nova instituição (como elemento de concretude da atividade social). Tais elementos permearam as definições e estratégias que nortearam o projeto pedagógico e sua execução ao longo do curso.

RECUSA AO TECNICISMO E À DESPOLITIZAÇÃO: POR UMA EDUCAÇÃO EMANCIPADORA NA SAÚDE COLETIVA

Para introduzir este tópico chama-se a atenção para um comentário recente de Ana Costa, na ocasião, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Ao comentar sobre o material pedagógico de uma determinada atividade de capacitação do Centro, ela esclareceu:

[...] com esse material, queremos repolitizar os atores da saúde coletiva, comprometendo-os com um projeto de país, com o direito universal à saúde e com uma outra hegemonia para a saúde [...] [e ainda complementou dizendo que] hoje, os pesquisadores e docentes que estiveram no passado à frente da luta pelo projeto de reforma sanitária estão 'distraindo-se pela contabilidade acadêmica' exigida pelos programas de pós-graduação. Eles estão ensimesmados, já não se envolvem nas lutas políticas e tampouco na formação de atores críticos. Isso empobrece o campo. (RADIS..., 2016, p. 2)

Este alerta chama à responsabilidade as instituições formadoras no campo da saúde e deve ser considerado nas escolhas de conteúdo e abordagens de cursos na saúde coletiva, sejam eles de graduação ou pós-graduação *strictu e latu senso*.

Cabe considerar no processo de construção de projetos pedagógicos, tal como aponta (ROSCHKE; DAVINI, HADDAD, 1994, p. 6), a presença de duas tendências claramente diversas no campo da educação. Uma, cuja racionalidade conduz a uma formação voltada, basicamente, para a atualização, melhoria da competência técnica e que tem como nexos centrais "a carreira individual dos sujeitos". Outra, cujos princípios são sintetizados aqui, se orientaria pelo compromisso com a formação de sujeitos críticos comprometidos com a busca de compreensão acerca de problemas e necessidades sociais e de sua transformação na direção do interesse coletivo.

Considerando o percurso histórico da saúde coletiva no Brasil e suas bases políticas e epistemológicas, é forçoso aderir a esta segunda vertente. Por outro lado, pensando especialmente nas especificidades do mestrado profissional, convém reconhecer que um desafio permanente consiste em potencializar a articulação e a complementariedade entre reflexão teórico-crítica e o desenvolvimento de competências e habilidades que possam contribuir para aprimorar o desempenho dos quadros que atuam no âmbito do SUS, seja na esfera técnica especializada, seja na pesquisa aplicada. Trata-se de admitir que "ambos os modelos apresentam vantagens e desvantagens as quais se situam em um gradiente de aproximação e distanciamento entre a reflexão crítica sobre as práticas cotidianas e o aprendizado instrumental de métodos e técnicas" (TEIXEIRA, 2006, p. 41), requeridas no processo de trabalho em saúde.

Certamente, tal projeto de formação não pode se descuidar das dimensões subjetivas e relacionais, procurando valorizar, entre outros aspectos, princípios e práticas afinadas com o agir comunicativo e com o espaço para expressão de idiosincrasias.

Nessa linha de pensamento, aposta-se em um processo de aprendizagem que, necessariamente, vai além da atualização técnica, produzindo mesmo uma ruptura com um tipo de formação que difunde um saber técnico que conduz a um fazer desarticulado de conteúdos e de reflexão, ou seja, apenas mecânico e, nesse sentido, alienado, mas sim ancorado em conhecimentos e valores que possibilitem a escolha das melhores formas desse fazer. É a partir da compreensão da realidade social e sanitária em sua complexidade e da possibilidade de problematização e de transformação dessa mesma realidade e de seu processo de trabalho que o trabalhador da saúde poderá ressignificar e transformar sua prática.

O modelo de formação por competências tem sido dominante no âmbito do projeto de educação permanente em saúde. Esta perspectiva tem se revelado promissora à medida que conjuga conhecimentos, habilidades e atitudes entrelaçadas a dimensões técnicas, científicas, éticas e políticas. Por outro lado, é preciso estar atento às implicações da progressiva penetração do princípio da competência no campo educacional. Frigotto e Ciavatta (2003, p. 46) apontam que “no Brasil, nos anos 90, praticamente desapareceram, nas reformas educativas os vocábulos ‘educação integral’, ‘laica’, ‘unitária’ e ‘emancipadora’, realçando-se o ideário da ‘polivalência’, da ‘qualidade total’, das ‘competências’, do ‘cidadão produtivo’ e da ‘empregabilidade’”.

O referido ideário revela um claro alinhamento com o paradigma neoliberal, particularmente ao promover valores individualistas e projetos pessoais em detrimento de projetos coletivos de caráter emancipatório e que concebem a educação como direito fundamental e via para a transformação social. (MONTEIRO, 2009)

Em linha com os argumentos de Gadotti (2012), é possível reconhecer a necessidade de formar trabalhadores de saúde polivalentes, autônomos e que sejam capazes de se adaptar às novas configurações do mundo do trabalho, desde que não se negligencie o compromisso com a formação de sujeitos críticos. Trata-se de afirmar a defesa de uma educação

emancipadora ou, melhor dito, emancipatória, considerando as nuances conceituais, conforme sinaliza o autor:

‘emancipadora’ refere-se mais à ação, educação, processo, práxis, prática, e ‘emancipatória’ refere-se mais à concepção, ideal, à teoria, princípios, avaliação, currículo, ética, potencial, racionalidade, competência, conceito, concepção, perspectiva. Por ‘perspectiva emancipatória’ da educação entende-se a visão de que os processos educativos precisam estar comprometidos com uma visão de mundo transformadora, inconformada com um mundo injusto e insustentável em que vivemos. Por isso, uma perspectiva emancipatória da educação e do trabalho deve desenvolver a capacidade de pensar criticamente a realidade e promover a justiça e a solidariedade, fundada na ética, e respeitando a dignidade e a autonomia do educando. (GADOTTI, 2012, p. 2)

Assim como Gadotti (2012), está em Paulo Freire as bases desta educação emancipatória. Embora, para este, o termo em destaque seja “educação problematizadora”, os fundamentos apresentados convergem claramente com a ideia de emancipação. Chama especial atenção nos trabalhos de Paulo Freire (1990; 1997) seu convite a uma educação que recusa de forma veemente a hierarquização dos saberes advindos dos diferentes extratos sociais. Ele é taxativo ao afirmar que não existem saberes superiores e inferiores e sim saberes diferentes, cujas interações potencializam a aprendizagem conjunta. Seu modelo de educação valoriza a trajetória de vida e necessidades específicas dos sujeitos envolvidos nos processos educativos. Tais princípios constituem requisitos indispensáveis em propostas de mestrado profissional em saúde coletiva, as quais devem levar em conta as realidades e necessidades loco-regionais no tocante à gestão e organização e outros aspectos próprios a seus sistemas/serviços e/ou perfis epidemiológicos, assim como os saberes e experiências dos profissionais de saúde que buscam qualificar suas práticas.

Boaventura Santos (2009) é outro interlocutor importante neste debate sobre educação emancipatória. Ele entende que a construção de um projeto educativo emancipatório implica uma mudança radical de racionalidade na produção e difusão de conhecimento. É preciso para isto admitir os limites da racionalidade científica moderna, através da qual

problemas de ordem social e/ou política foram convertidos em problemas técnicos. Trata-se de recusar uma ciência que exacerba o valor da “aplicação técnica” ou “edificante” da ciência, “na qual o conhecimento é sempre usado em situações concretas e quem o manipula está existencial, ética e socialmente comprometido com o impacto da aplicação”. (SANTOS, 2009, p. 22)

Seguindo uma vertente de transformação radical, Boaventura Santos (2009) propõe que a sala de aula se transforme em um campo de possibilidades de conhecimento que estimule professores e alunos a fazer escolhas, que podem ser conflitantes e transitórias. Para além das ideias, tais escolhas devem ser influenciadas também pelas emoções, sentimentos e paixões, conferindo assim aos conteúdos curriculares sentidos inesgotáveis. (SANTOS, 2009)

Tanto para Paulo Freire quanto para Boaventura Santos o currículo é entendido como artefato político de organização e desenvolvimento de um projeto pedagógico, cujos objetivos visam à promoção dos sujeitos e à formação para o exercício da cidadania. (SANTIAGO, 2012) Os projetos pedagógicos dos cursos (conteúdo e métodos), além de contemplar informações, dados ou fatos reconhecidos como conhecimento científico, devem explicitar opções axiológicas, reflexões éticas e atitudes que se traduzem em marcas identitárias na relação homem/mundo. (SANTIAGO, 2012)

Refletindo, particularmente, sobre a formação de trabalhadores do SUS, considera-se irrefutável a defesa de uma pedagogia que forme cidadãos críticos e comprometidos com a defesa da vida, dos preceitos democráticos e do direito universal à saúde. É importante considerar, tal como aponta Gentili (2003), que há uma dimensão política no agir do trabalhador do SUS, cuja bandeira central de luta é a defesa deste sistema, entendendo-o como um projeto político que se contrapõe à mercantilização da saúde.

Trata-se de um trabalhador que deve ter o compromisso com a qualidade do serviço prestado à população, reconhecendo que este é um direito dos usuários do sistema na sua condição de cidadãos. Neste sentido, defende-se um projeto pedagógico capaz de “consolidar e desenvolver nos indivíduos a autopercepção de sua condição de cidadãos e, conseqüentemente, o respeito e a proteção do sistema democrático e suas instituições”. (GENTILI, 2003, p. 71)

DO PROJETO PEDAGÓGICO À SUA OPERACIONALIZAÇÃO: OS APRENDIZADOS

Serão descritas e discutidas nesta seção algumas características do projeto pedagógico do MPGSS/ISC realizado no Tocantins, procurando destacar os principais desafios, alternativas de superação e algumas lições aprendidas no processo de operacionalização do curso. Além de considerar as impressões da coordenação ou docentes do curso com respeito aos aspectos analisados, serão destacados ao longo da discussão os resultados da avaliação formativa e os depoimentos dos discentes, os quais foram colhidos na etapa de encerramento do curso.

Com respeito à avaliação formativa, cabe esclarecer que, além da interlocução permanente com representantes da SES/TO e com representantes de docentes e discentes do curso, ela incluiu um instrumento específico de consulta aos discentes, aplicado no encerramento de todas as disciplinas e oficinas. As respostas eram posteriormente sistematizadas e analisadas de modo a subsidiar o planejamento das atividades subsequentes, orientando ainda eventuais ajustes nas estratégias pedagógicas, conteúdos programáticos etc.

SELEÇÃO E PERFIL DOS ALUNOS

Refletir a respeito das experiências com mestrado profissional do ISC é dar-se conta de que um dos primeiros desafios no processo de negociação com os parceiros está no processo seletivo. Trata-se de conciliar o critério de meritocracia com as prioridades institucionais. O primeiro é mensurado através da prova escrita, qualidade do plano de estudo e desempenho curricular. Quanto ao segundo, ele se expressa em termos de indicação por parte dos gestores do público-alvo do mestrado profissional em questão, incluindo indicações dos quadros que gostaria de priorizar naquela oportunidade.

Embora o processo de inscrição possa ser perfeitamente acessível ao público-alvo, o resultado final dependerá fundamentalmente do desempenho do candidato. Além disso, por força das regras da Capes (BRA-

SIL, 1999), o edital deve ser relativamente abrangente, contemplando, por exemplo, o SUS regional e ao menos duas vagas devem ser necessariamente reservadas a alunos externos à instituição.

O resultado da seleção do MPGSS/TO não suscitou maiores questionamentos, nem foi alvo de recursos formais, uma vez divulgado. Foram preenchidas as 17 vagas, configurando uma turma relativamente heterogênea, composta por 11 mulheres e seis homens, com idades que variaram entre 35 e 62 anos. Com respeito aos vínculos institucionais e *locus* de atuação, encontrou-se o seguinte perfil: oito profissionais lotados no nível central da SES/TO; sete lotados em hospitais estaduais, sendo dois deles situados na capital e dois no interior; um profissional lotado em uma secretaria de saúde de município de pequeno porte; um técnico da esfera federal.

O momento da seleção e a notícia da aprovação foi rememorado pelos discentes através de relatos¹ que, se por um lado, referiram a *"angústia de entrar na UFBA, de não conseguir, de não ser capaz"* (d1), também enfatizaram a alegria ao perceber que poderiam realizar *"um sonho que era perseguido há muito tempo"*. (d14) Vale registrar um depoimento no qual o (a) discente, ao falar de sua felicidade ao ter sido aprovada na seleção, enfatiza o quanto oportunidades daquela natureza estavam até então distantes de sua realidade: *"Quem nunca participou de nada, nem em congressos, em qualquer espaço de discussão, esquecida em um serviço do interior"*. (d3) Este relato aponta para a persistência no Brasil de iniquidades no acesso a atividades de disseminação do conhecimento ou de aperfeiçoamento profissional.

Com respeito ao perfil da turma, é interessante assinalar algumas peculiaridades e dinâmicas relacionais decorrentes das diferenças de funções e espaços de atuação, antes referidos. Alguns relatos destacaram, particularmente, os esforços empreendidos no sentido de integração da turma, levando em conta a diversidade de experiências dos discentes, cujas atuações podiam se aproximar mais da gestão ou da assistência, ou

1 Os relatos citados nesta seção foram extraídos da transcrição de uma roda de conversa realizada após o encerramento do curso e sua publicação neste capítulo foi autorizada por todos os participantes. Adotamos o código d1, d2 etc. para identificação dos depoimentos.

mesmo funções intermediárias. Além disso, havia os contrapontos entre o trabalho na capital ou no interior.

A vivência da gestão e da assistência é diferente [...] e ver a dificuldade de integrar o pessoal da gestão com o grupo dos hospitais. E, ao ver o nível da discussão, se percebeu como teríamos de nos integrar... começou na hora do almoço e depois o grupo foi se integrando, cada um com sua característica e conseguiu se tornar o grupo que somos. (d7)

O depoimento acima traduz fielmente a disposição observada entre os discentes de construir uma unidade grupal. Pode-se dizer que esta turma foi exemplar no que se refere ao esforço coletivo de construção de um “espírito de grupo”. De fato, criou-se um ambiente no qual prevaleceu a busca do reconhecimento das diferenças, valorização da diversidade e respeito interpessoal.

ESTRUTURA MODULAR E ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA

Mantendo um padrão já consolidado nos MP’s do ISC, o desenvolvimento do MPGSS/TO combinou momentos de concentração e dispersão. Os momentos de concentração correspondem à realização dos módulos temáticos (convencionalmente denominadas disciplinas obrigatórias e optativas). Estes foram realizados em dois encontros intercalados, quase sempre às sextas e sábados na cidade de Palmas. Busca-se assim evitar o afastamento prolongado dos alunos de suas atividades regulares nos serviços, como também compatibilizar as agendas dos docentes, tendo em vista os compromissos de trabalho na sede do ISC.

Esse modelo tem suscitado alguns questionamentos, destacando-se, entre os pontos críticos apontados, a excessiva concentração de temas em curto espaço de tempo, aliada à dificuldade de garantir uma leitura prévia das referências indicadas. A avaliação discente corrobora ambos os pontos. Merece especial menção a ponderação presente em alguns formulários de que o fato de “*ser liberado para a aula não significa se desvincular do trabalho e das tarefas do serviço [...] o trabalho se acumula*”. (d9) A alusão à “sobrecarga” foi recorrente entre os respondentes. Ha-

via também certo consenso quanto à dificuldade de assimilar um volume considerável de conteúdos teóricos em um intervalo de tempo reduzido. A propósito, foi considerado excessivo em alguns módulos o volume de textos. Por fim, houve uma variação significativa entre os módulos no que se refere à leitura dos textos disponibilizados em meios magnéticos, com um caso que apresentou um percentual de apenas 17% de alunos (as) que declararam ter lido o material, e outro que atingiu 85% para o mesmo indicador. A mediana ficou em 60%, o que pode ser considerado um resultado relativamente satisfatório.

Por outro lado, esse modelo é coerente com a ideia de “aprendizagem em serviço”. Tanto nos momentos de concentração em sala de aula ou laboratórios quanto nos intervalos da dispersão a experiência no serviço constitui o elo central entre teoria e prática, entendendo este não como o espaço físico e sim como aquilo que traduz o conjunto de situações e conhecimentos oportunizados pela realidade do trabalho de cada um dos discentes.

Certamente, não podem ser subestimadas as dificuldades apontadas e seu enfrentamento requer o investimento em estratégias pedagógicas que ajudem a driblá-las. Reservar momentos específicos para leitura conjunta de textos e seu debate, o uso de exposições dialogadas, a realização de seminários sob responsabilidade dos discentes, tendo como base a bibliografia indicada e outras fontes complementares, bem como o uso de recursos didáticos alternativos, tais como vídeos, notícias de jornais foram iniciativas que ajudaram a contornar os desafios referidos. É fundamental ademais não se descuidar do planejamento de atividades ou estratégias que visem potencializar os momentos de dispersão. Além de estimular os alunos a aprofundarem as leituras da bibliografia indicada, convém propor de forma conjunta atividades/exercícios que favoreçam tanto a compreensão crítica dos temas debatidos quanto a incorporação ou atualização dos respectivos processos de trabalho (o trabalho em si, as tecnologias empregadas, as relações de trabalho).

Sobretudo, acreditamos que a principal estratégia reside naquilo que Paulo Freire tão bem nos ensinou e que já mencionamos aqui: identificar potencialidades e necessidades específicas dos alunos e, principalmente, valorizar suas experiências, procurando aprender junto com eles. (FREIRE, 1997) Esse exercício torna-se ainda mais enriquecedor quando temos

uma turma com expertises diversas, como foi o caso dessa turma do mes-trado profissional. À medida que se procura construir um fluxo dialético entre conceitos e teorias relativamente abstratas e as experiências práticas e os conhecimentos delas derivados, os temas abordados vão adquirindo vitalidade.

Embora o projeto pedagógico original já traga a adoção de uma meto-dologia que favorece a articulação entre teoria e prática, a cada curso implan-tado. Afinal, trata-se de uma modalidade de formação na qual pretende-se fomentar práticas pedagógicas que promovam o estreitamento das relações entre a academia e o mundo do trabalho. (SANTOS; HORTALE, 2014)

Tendo em vista as distinções ou, melhor dito, especificidades de pro-gramas profissionais e acadêmicos, convém prestar especial atenção ao perfil do corpo docente, levando em conta que um número significativo de professores atua em ambas as modalidades. Neste sentido, é impor-tante investir na sensibilização do quadro docente, incluindo aí o estímulo à adoção de alternativas pedagógicas que comunguem com os princípios da educação emancipatória e baseada em relações menos assimétricas, sem esquecer o incentivo a exercitar a escuta aos discentes, favorecendo assim uma relação mais dialógica.

A despeito dos desafios apontados, a avaliação relativa aos progra-mas dos módulos temáticos e oficinas, assim como da metodologia do curso, foi muito positiva. As respostas que consideraram os programas desafiadores e estimulantes e a metodologia apropriada atingiram o es-core mínimo de 88%, atingindo 100% em alguns módulos e oficinas. Os resultados foram ainda mais positivos frente à indagação se o módulo contribuía para o desempenho profissional do (a) discente. A resposta afirmativa variou entre 94% (em 3 módulos) e 100% (em quatro módulos).

Em depoimentos colhidos ao final do curso, é possível identificar al-guns elementos que lançam luz sobre o que está por detrás dos altos índices de satisfação:

Crescimento, aproximação, fortalecimento, de respirar a atmosfera da ciência, estar com os professores cujas obras nós lemos e que têm a capacidade de ver nossos trabalhos e elucidar os pontos centrais que precisávamos de orientação.
(d5)

A profundidade da discussão, o que aprendemos uns com os outros, o que os professores nos trouxeram... como eles deixaram sua marca em nós: quando ouvimos qualquer assunto lembramos de cada um que nos deu aula (d6)

"Lembramos da forma como a turma integrada, unida, participou de momentos onde esses professores compartilharam o conhecimento de forma humilde, considerando nossa capacidade de aprofundar os temas que fazem parte dos nossos trabalhos (d10)

Os relatos acima reforçam o ponto de vista de Fischer (2010), que entende o papel do professor(a) como um artífice inquieto e o espaço de ensino e pesquisa proporcionado pelos mestrados profissionais como ferramentas estimulantes e espaços de resistência à ambiguidade dos embates internos e externos que remete à ideia de maestria e ofício, ao saber em uso e a espaços de aplicação do conhecimento.

Observando com atenção os enunciados e sentidos presentes nos depoimentos acima, chama à atenção certo equilíbrio no valor positivo atribuído a três elementos: o desempenho e carisma do professor, sendo especialmente valorizada a atitude de humildade, a importância da aprendizagem a partir das interações no grupo e, finalmente, um elemento mais transcendente, que diz respeito à oportunidade de vivenciar um "certo mundo da ciência".

A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC): O MÉTODO, A ESCRITA, A ORIENTAÇÃO, OS PRAZOS

Embora a preocupação em subsidiar, em alguma medida, os projetos de pesquisa tenha sido uma constante em todos os módulos, tal estratégia não seria suficiente para apoiar o processo de elaboração do trabalho de conclusão de curso (TCC). Para cumprir esta finalidade, incluiu-se na matriz curricular dos mestrados profissionais do ISC/UFBA as oficinas de pesquisa operacional (PO), que totalizam dez encontros e ocorrem ao longo do curso, e cuja função é aportar conhecimentos e habilidades requeridas

para realização de pesquisa aplicadas ou desenvolvimento de produtos tecnológicos, tomando como referência os projetos dos discentes.

Com base no objetivo referido, a primeira seção de PO privilegia a definição/refinamento do problema/objetivos de pesquisa e as demais. No caso da turma de Tocantins, 100% dos discentes decidiram realizar pesquisas aplicadas ao serviço, não sendo contemplados, portanto, trabalhos voltados para produtos tecnológicos (planos, manuais, dispositivos operacionais etc.). Os temas e questões abordadas podem ser conferidos através da leitura da presente coletânea que reúne precisamente os produtos das pesquisas realizadas. As escolhas refletem um compromisso comum da turma, que foi reiterado na conclusão do curso: *“a responsabilidade em contribuir para o estado a partir do que conseguiram apreender e poder utilizar esse potencial no desenvolvimento do sistema de saúde”*. (d8)

As demais seções abordaram temas e ferramentas metodológicas adequadas aos projetos em curso e procuraram de algum modo “desencadear um processo de construção de viabilidade para os projetos, [incluindo aqueles que já se encontravam] em marcha na instituição”. (TESTA, 1997, p. 24) Algumas PO's foram destinadas exclusivamente à apresentação dos projetos ou produtos parciais da pesquisa dos alunos. Estes momentos foram especialmente ricos ao permitir socializar para professores e colegas a multiplicidade de estudos propostos e permitir que todos os presentes dessem suas contribuições.

A questão do método, por sua vez, não se resume à definição e manejo de técnicas. Compreende uma sequência de fases que integram o trabalho de teorização, que busca introduzir novos conceitos, valores ou técnicas, implicando na reconstrução do objeto de estudo, com a observação da realidade. (TESTA, 2004)

A pouca ou nenhuma experiência prévia com realização de pesquisa e a ausência de experiência e traquejo com a escrita acadêmica, com a produção de argumentos científicos, foram os principais desafios a serem superados no percurso de produção do TCC. Neste sentido, foi providencial a oferta da disciplina “Elaboração de artigos científicos”, sob forma de oficina. Além disso, admitindo que a leitura sistemática de trabalhos científicos contribui para desenvolver a habilidade com a escrita requerida na prática acadêmica, procurou-se promover entre os alunos o gosto por este tipo de leitura.

Quando focalizamos as dificuldades observadas no processo de construção das pesquisas dos (as) mestrados (as), tornam-se mais evidentes alguns limites associados com características próprias dos mestrados profissionais no Brasil, ou ao menos predominantes entre eles. Conforme Barata (2006), convém considerar os seguintes desafios: os prazos estritos dos cursos, que variam entre 12 a 24 meses, com pouca margem de prorrogação, ausência ou escassez de apoio logístico e bibliográfico nos locais de trabalho; os alunos de mestrado profissional não se desligam de suas atividades e compromissos profissionais regulares no decorrer do curso; a existência de orientação semipresencial, implicando em maior dificuldade de acompanhar o processo de execução do TCC pelos alunos. Cabe acrescentar neste rol os obstáculos associados à tramitação e aprovação dos projetos de pesquisas do MP nos respectivos comitês de ética. Este ponto se revelou um aspecto determinante para o comprometimento do cronograma do trabalho de campo das pesquisas no MP em questão.

Com respeito aos prazos de conclusão do curso, o ISC adotou nas primeiras edições do MP o tempo de 12 meses. A prática, contudo, revelou que este prazo era inviável e se estabeleceu então o limite de dezoito meses. Existe ainda certa flexibilidade, sendo possível requerer ao colegiado a prorrogação do prazo de defesa do TCC, desde que seja apresentada uma justificativa plausível e sempre com a anuência do orientador. Para a turma do MPGSS/TO, conseguiu-se chegar a um bom termo nos pactos relativos ao cumprimento do cronograma do curso, incluindo a definição de datas limites para qualificação de projetos, entrega e defesa dos TCC's. Prevaleceu a abertura para flexibilização de prazos, sem comprometer o bom andamento do curso, de modo a compatibilizar as necessidades, agendas e requisitos da academia (colegiado, docentes e orientadores), dos discentes e da instituição (SES/TO).

Já a negociação a respeito da liberação do trabalho dos discentes em função das atividades do mestrado foi um dos pontos que gerou certa tensão na negociação com o gestor institucional. O principal desafio consistiu no convencimento de que a liberação não podia se restringir à etapa de fase de realização dos módulos ou aos momentos de concentração (em sala de aula). Foi imprescindível centrar esforços junto aos interlocutores da SES/TO no sentido de garantir a liberação de carga horária

dos discentes na fase destinada ao desenvolvimento das suas pesquisas e escrita do trabalho final.

A questão da orientação merece ser um pouco mais aprofundada. Dentre os discentes, foi especialmente destacado o papel desempenhado pelos orientadores, valorizando-se, além da dedicação e subsídios aportados ao TCC, a sensibilidade frente às limitações do orientando. Por outro lado, apesar de raras, foram importantes as críticas feitas à atuação de alguns orientadores, especialmente no que se refere à ausência de contatos mais sistemáticos e da demora em retornar os trabalhos com contribuições e sugestões. Vale notar que queixa semelhante foi elaborada por alguns orientadores, que se ressentiam da “falta de notícias” ou de “retorno” por parte de seus orientandos.

Se considerarmos essa queixa comum, podemos dizer que o problema central guarda relação com a modalidade de orientação adotada. Embora, conforme mencionado, tenham existido oportunidades de encontros presenciais entre orientadores e discentes, eles foram relativamente limitados, prevalecendo basicamente a orientação a distância. Esta segue sendo desafiadora, a despeito dos avanços tecnológicos, da possibilidade de contar com ferramentas que se aproximam da relação tête-à-tête, a exemplo do *Skype*, ou de plataformas que favorecem o trabalho de tutoria a distância, a exemplo do *Moodle* (adotada pelo ISC/UFBA).

Dentre os fatores que parecem ter contribuído para os problemas apontados, identificou-se a dificuldade de ambas as partes, docentes e discentes, em impor uma disciplina capaz de garantir a regularidade de uma atividade que não tem, em geral, um dia ou horário pré-estabelecido para ocorrer. Ademais, trata-se de um tipo de comunicação que depende essencialmente de uma iniciativa e disposição pessoal, com baixo controle externo.

Em que pese as limitações referidas no processo de orientação, cabe ressaltar que eles foram contornados de modo a não comprometer o desenvolvimento dos trabalhos de conclusão de curso. De fato, todos os discentes obtiveram êxito nas bancas de defesa das dissertações, sendo reconhecida a relevância dos estudos realizados e sua contribuição ao SUS, especialmente no âmbito local. Este aspecto foi especialmente ressaltado em uma mostra científica promovida pela ETSUS/TO, na qual os novos mestres puderam expor seus trabalhos. Ao mesmo tempo, é impor-

tante assinalar que ainda são escassas iniciativas voltadas para a avaliação dos desdobramentos e impactos de pesquisas realizadas em mestrados profissionais em saúde coletiva, o que permitiria dimensionar, por exemplo, contribuições para a qualificação de sistemas, serviços e práticas de saúde nos respectivos contextos locais.

Para concluir, reitera-se a convicção quanto ao valor estratégico do mestrado profissional, seja enquanto *locus* da formação de sujeitos críticos e comprometidos com a defesa da vida e da saúde pública e de qualidade, seja como cenário propício para potencializar a efetiva incorporação do conhecimento produzida em pesquisas no campo da saúde no âmbito do cotidiano do SUS em diferentes cantos do Brasil.

REFERÊNCIAS

- BARATA, R. B. Avanços e desafios do mestrado profissionalizante. *In*: LEAL, M.C.; FREITAS, C. M. (org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 267-282.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 47, de 17 de outubro de 1995. Determina a implantação na Capes de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado dirigidos à formação profissional. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 132, n. 199, p. 147-148, 17 out. 1995.
- BRASIL. Portaria nº 80, de 16 de dezembro de 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 6-E, p. 14, 11 jan. 1999.
- FISCHER, T. Documento - sobre maestria, profissionalização e artesanato intelectual. *Revista de administração contemporânea*, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 353-359, 2010.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1990.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado?. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-60, 2003.
- GADOTTI, M. Trabalho e educação numa perspectiva emancipatória. *In*: FÓRUM MUNDIAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA, 2., 2012, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: [s. n.], 2012. p. 1-7.

GENTILI, P. Educação e cidadania: a formação ética como compromisso político. In: GENTILI, P.; ALENCAR, C. *Educar na esperança em tempos de desencanto*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 65-95.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MONTEIRO, P. H. N. Competências e aprendizagens diversas: a complexidade da formação técnica em saúde. *BIS Boletim do Instituto Saúde*, São Paulo, n. 48, p. 31-36, 2009.

RADIS: Medicamentos preços altos e política industrial podem deixar tratamento fora do alcance. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, n. 163, 2016. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis163_web.pdf. Acesso em: 4 mar. 2019.

RIBEIRO, M. L.; CUNHA, M. I. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 52-68, 2010.

ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. (ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPS, 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, v. 100).

SANTIAGO, A. R. F. Pedagogia crítica e educação emancipatória na escola pública: um diálogo entre Paulo Freire e Boaventura Santos. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL (ANPED SUL), 9., 2012, Caxias do Sul. *Anais [...]*. Caxias do Sul: USC, 2012. p. 1-12. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/225/217>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SANTOS, B. S. Por uma pedagogia do conflito. In: FREITAS, A. L. S.; MORAES, S. C. (org.). *Contra o desperdício da experiência: a pedagogia do conflito revisitada*. Porto Alegre: Redes, 2009. p. 15-33.

SANTOS, G. B.; HORTALE, V. A. Mestrado profissional em saúde pública: do marco legal à experiência em uma instituição de pesquisa e ensino. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2143-2155, 2014.

TEIXEIRA, C. F. Significado Estratégico do Mestrado Profissionalizante na Consolidação do Campo da Saúde Coletiva. In: LEAL, M.C.; FREITAS, C.M. (org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 33-48.

TESTA, M. *Pensar em salud*. 3. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

TESTA, M. *Saber em salud*. La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

Capítulo 2

A ESCOLA TOCANTINENSE DO SUS E SEU PAPEL CATALISADOR NA TRANSFORMAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Márcia Valéria Ribeiro de Queiroz Santana

Laudecy Alves do Carmo Soares

Raimunda Fortaleza de Sousa

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a criação do SUS, o que significa estruturar e manter um sistema de saúde para 206 milhões de pessoas, e, concomitante, estabeleceu em seu Artigo 200 como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

O Tocantins, mais nova das 27 unidades da federação, criado na Constituição Federal de 1988, possui uma população de aproximadamente 1.532.902 habitantes (IBGE, 2016); está localizado na região Norte, no centro geográfico brasileiro. Com uma economia baseada especialmente na pecuária e agricultura, o estado é composto por 139 municípios, distribuídos em um território de mais de 270 milhões de km², divididos em oito regiões de saúde, sendo Palmas sua capital. (TOCANTINS, 2016)

A SES-TO visa promover a gestão da saúde, viabilizando o acesso da população do estado à atenção à saúde com qualidade, consideran-

do as necessidades regionais. A secretaria estadual de saúde (SES) conta com 12.625 (TOCANTINS, [201-]) servidores distribuídos nas 18 unidades hospitalares, que estão sob a responsabilidade da gestão estadual, e demais setores da gestão; sua estrutura administrativa é composta por 11 superintendências, dentre elas a superintendência de gestão profissional e educação na saúde (SGPES).

A SGPES¹tem como atribuição basilar promover a gestão dos processos educacionais, pesquisa e do trabalho em saúde voltados para o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito da saúde do estado do Tocantins, de forma participativa, integradora e humanizada, por meio de duas diretorias: diretoria de gestão profissional (DGP) e diretoria da escola tocantinense do SUS(ETSUS) dr. Gismar Gomes que possui corpo técnico e capital intelectual formado por aproximadamente uma centena de servidores. A superintendência, além de planejar e executar processos educacionais em saúde por meio da ETSUS, também o faz com outras instituições de ensino, para todos os trabalhadores da saúde com vínculos nas esferas estadual, municipal e federal.

Neste sentido, a ETSUS dr. Gismar Gomes, em seu papel catalisador de transformação de práticas e processos de trabalho por meio da educação permanente, financiou a participação de 17 servidores efetivos no mestrado profissional em saúde coletiva com área de concentração em gestão de sistema de saúde.

Este capítulo visa apresentar, à luz do debate sobre a educação permanente em saúde e a política de recursos humanos, o papel da ETSUSdr. Gismar Gomes como catalisadora na mudança de práticas e transformação dos processos de trabalho utilizando-se da formação de trabalhadores de saúde para o SUS no estado do Tocantins por meio do curso de mestrado profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistema de Saúde.

1 Ressalta-se que esta era a estrutura vigente na ocasião da realização do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistema de Saúde.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A reforma sanitária brasileira foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais. O SUS, instituído pela constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA, 2011)

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA 2011)

Para os participantes da VIII Conferência houve a clareza de que para o setor saúde não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira. Era necessária uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente. (BAPTISTA, 2007)

A constituição federal de 1988 estabeleceu a criação do SUS e expressou o sonho de um sistema de saúde universal, integral, equânime, altamente resolutivo, acolhedor, responsável e capaz de contribuir para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e das populações para mais qualidade de vida. (CECCIM, 2005b)

O SUS resultou da formulação e legitimação de estratégias de reordenação do sistema de saúde brasileiro postas em disputa com teorias divergentes sobre as concepções sobre saúde-doença e distintos projetos de poder no campo da saúde. (BAHIA, 2008)

Com o novo sistema, adveio um novo conceito de saúde, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde”. (BRASIL, 1986, p. 4) Tal visão de saúde exigiu novos perfis profissionais, com necessidade de ressignificar as práticas de forma efetiva e operacional, uma vez que coube ao SUS, ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde. Assim, a formação dos profissionais de saúde tornou-se, mais fortemente, objeto de discussão e de formulação de novas políticas e bases legais.

A partir da criação da secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde (SGTES), o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil, concedendo à gestão dos recursos humanos caráter de questão estratégica, focada na dimensão do trabalho e da educação na saúde, reconhecendo o trabalhador como protagonista e agente transformador de suas práticas. (CECCIM, 2004)

O caráter estratégico da gestão de recursos humanos com foco na educação na saúde materializou-se em 2004, por meio da portaria GM/MS/Nº 198 que instituiu a educação em serviço como política pública, denominada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que trouxe como conceito: a “educação permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. (BRASIL, 2014b, p. 6) Baseia-se na aprendizagem significativa “aquela que faz sentido”, a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho com lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar e na possibilidade de modificar as práticas profissionais, ocorrendo no cotidiano das pessoas e das organizações. (BRASIL, 2014b)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi proposta como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de: formação; atenção; gestão; formulação de políticas; controle social no setor da saúde. (BRASIL, 2003) Esta lógica envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas, uma vez que se faz saúde com pessoas e para pessoas; tais mudanças são questões tecnopolíticas e implicam na articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. Assim, a política trouxe a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de ampliar a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade. Também destaca a necessidade de se entrelaçar os operadores do mundo do trabalho ao trabalho em si. A ideia é promover uma aproximação entre o ator que executa e as evidências de sua realidade. Portanto, a educação “é permanente na saúde, por abertura intelectual, por potencial de criação, por reivindicação ética, por ser potencialmente, e necessariamente

produzida na relação dos indivíduos com o trabalho”. (FERLA; CECCIM; ALBA, 2004)

A normativa ministerial determinou que as universidades, pautadas nas diretrizes curriculares, deveriam transformar, juntamente com os serviços, suas práticas de saúde e de ensino. Nesse sentido, a educação permanente em saúde introduziria, nas práticas de formação, ações intersetoriais oficiais e regulares entre o setor da educação e da saúde, realizando mudanças na graduação, nas residências, na pós-graduação, ou seja, uma ação organizada buscando uma política de formação. (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002)

Objetivando avançar na implementação da política de educação permanente, a portaria GM/MS nº 1.996/2007 definiu novas estratégias de ação, adequando-a a diretrizes operacionais e a regulamentos dos pactos pela saúde e de gestão. (FRANÇA et al., 2017)

A EPS em serviço não modifica “partes”, como poderia modificar os componentes de uma máquina, mas refere-se às instituições que, como tais, estão vinculadas a papéis e representações internalizadas de cada um dos envolvidos. Trata-se de uma mudança conceitual e prática, em comportamentos coordenados com outros; sendo assim, para a educação permanente ser integrada aos processos de gestão se faz necessária uma mudança de modelo de gestão, o que implica em outras práticas. (BRASIL, 2009)

Tal pensamento coaduna com a atual política ao preconizar que o que deve ser realmente central à educação permanente em saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde. É sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional. (BRASIL, 2009)

As mudanças na atuação de profissionais são possíveis e necessárias, sobretudo se pautadas por estratégias que estimulem o seu protagonismo e a participação efetiva de gestores. Assim, a EPS pode ser vista sob três aspectos: educação em serviço, quando coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetida a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar; educação continuada, quando pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à

investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos; e, educação formal de profissionais, quando se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino. (CECCIM, 2004)

Há uma questão semântica na relação continuada e permanente, e apesar de ambas conferirem uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação, assentam-se em princípios metodológicos diversos. (RIBEIRO; MOTTA, 1996)

Entretanto, para muitos educadores, a EPS coaduna com os princípios e/ou diretrizes de Paulo Freire, como educação e conscientização/educação como prática da liberdade/educação e mudança, passando pela pedagogia do oprimido, da esperança, da cidade, da autonomia e da indignação. (CECCIM, 2005a)

Como estratégia metodológica, a EPS utiliza-se da problematização, do questionamento e da reflexão sobre as práticas vigentes. Segundo a teoria de David Ausubel (1968), a interação da nova informação com a valorização da estrutura cognitiva do aprendiz, subordina o método de ensino à capacidade do aluno de assimilar a informação que deveria integrar e ancorar-se nos conceitos relevantes já existentes na estrutura do aprendiz; aquilo que, já se sabe, é determinante para o novo. (PELIZZARI et al., 2002)

Os hábitos são aprendidos para serem utilizados na ação e os conhecimentos são aprendidos para guiar a ação. Para Berbel (2011), em decorrência dessa percepção, seus comportamentos podem ser intrinsecamente motivados, fixando metas para mudanças. A aprendizagem significativa pressupõe que o que vai ser aprendido seja potencialmente significativo para o aprendiz, que se relacione a sua estrutura de conhecimento; e que haja disposição pelo aprendiz para que ocorra tal relação. De acordo com Moreira e Masini (2001), o conjunto de conceitos invariavelmente adquirido e elaborado que permite ao homem situar-se no mundo e decidir como agir.

No trabalho em saúde, de acordo com o conceito ampliado de saúde com determinantes e condicionantes, o profissional deverá estar apto à resolução de problemas, tanto em nível individual como coletivo; a tomar

decisões apropriadas; ao exercício da liderança, da autonomia, da administração e do gerenciamento.

Quanto ao objetivo que se quer alcançar com o processo educacional, verifica-se que as metodologias ativas partem de situações reais, onde não só se apresentam questões, mas, sobretudo, expõem-se e discutem-se os conflitos inerentes e que sustentam os problemas; preparam para o trabalho em grupo, estimulam a independência, responsabilidade, curiosidade, criatividade, intuição e emoção. (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004)

A construção dos espaços de ensinar e aprender se dão por meio da integração de profissionais de saúde, estudantes, docentes, usuários ao processo de produção em serviços, estabelecendo-se relações horizontais de cooperação entre os atores. Portanto, o processo de ensinar e aprender, nestes novos cenários, é necessariamente de natureza participativa e de construção coletiva, tendo como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde, motivando a compreensão crítico-reflexiva e cuidante dos contextos vividos. (FONSECA; CRHIST, 2010)

A EPS como política é uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. (BATISTA; GONÇALVES, 2011)

Portanto, para além da discussão metodológica, a PNEPS, teve suas estratégias de ação e transferência de recursos para financiamento das ações; e estabeleceu a transferência regular e automática dos recursos para educação permanente em saúde do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos estaduais ou municipais de saúde, dentro do “bloco de Gestão do SUS”. A condução da política também foi redefinida e, atualmente, ocorre por meio das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) – que antes da promulgação do decreto nº 7.508/11 eram denominadas como colegiados de gestão regional – com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (FERRAZ et al., 2013)

As CIES têm realizado um trabalho fundamental e desafiador do ponto de vista técnico. Os dispositivos de gestão descentralizada, tornam-se interessantes à medida que conferem autonomia aos representantes para legitimar necessidades regionais em saúde, ao passo que exigem respon-

sabilidade e capacidade técnica, abertura ao diálogo e uma boa dose de tolerância frente às adversidades.(FERRAZ et al., 2013)

A ESCOLA TOCANTINENSE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DR. GISMAR GOMES

A ETSUS é o setor responsável pela gestão da política de educação permanente e de educação profissional no estado do Tocantins. Tem como atribuições nucleares: a gestão da educação na saúde no que tange à descentralização da política com consequente fortalecimento dos municípios; a integração ensino-serviço; a condução da política nacional de educação permanente em saúde, do programa de formação de profissionais de nível médio em saúde e do plano estadual de educação permanente em saúde, que preveem o desenvolvimento da formação e requalificação dos trabalhadores para o SUS.

Os processos educacionais são balizados pela discussão e construção curricular e pedagógica das ações formativas internas ou com instituições de ensino parceiras, de acordo com as necessidades locais e regionais. A ETSUS é responsável também pelo desenvolvimento do eixo de ciência e tecnologia em saúde, portanto, comporta-se tanto como espaço de formação, qualificação, de processo ensino-aprendizagem e de pesquisa como *locus* de gestão.

A ETSUS construiu, coletivamente, sua missão, baseando-se nas funções gestoras do SUS e no pressuposto que não deveria ser vista como um órgão executor de cursos e dispensador de recursos, e sim como indutor de política de educação na saúde. Portanto, ancorada nos valores: ética, solidariedade, compromisso, eficiência e proatividade, a missão da escola é "promover a gestão dos processos educacionais e de pesquisa, voltados para o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito da saúde do Tocantins". (TOCANTINS, [201-]) Cultiva-se, como visão de futuro, que seja reconhecida pela excelência nos processos educacionais e de pesquisa no âmbito da saúde no estado.

A escola conta com 58 servidores; é operacionalizada por uma secretaria geral de ensino, uma secretaria executiva da comissão de integração ensino-serviço (CIES/CIB-TO) e quatro gerências, a saber: gerência

de gestão da educação na saúde, responsável pela gestão das atividades administrativas e financeiras; gerência de educação na saúde, responsável pelo planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação dos processos educacionais em saúde; gerência de tecnologias educacionais, gestora do processo de fomento, implantação e implementação das tecnologias educacionais em saúde; gerência de educação permanente, ciência e inovação, a quem compete implementar as políticas correlatas; gerir os processos de regulação da participação de servidores em eventos técnico-científicos externos e os processos de interação ensino-serviço no âmbito da SES; e contribuir com a política de gestão de pessoas ao analisar os certificados apresentados pelos servidores do quadro da saúde para evolução funcional vertical.

Quanto à importância da escola para o estado, verifica-se seu valor preponderante no papel de promover a formação, atualização, qualificação e requalificação do quadro de trabalhadores da saúde para o SUS, com atuação nos 139 municípios, nas oito regiões de saúde do estado; observa-se o cumprimento de seu papel catalisador na mudança dos processos de trabalho e na transformação das práticas.

Os processos educacionais em saúde planejados e executados pela ETSUS têm a educação permanente como eixo norteador, as grades curriculares são baseadas em eixos temáticos/disciplinas em um modelo integrado de atividades curriculares, composto por módulos (teoria e de prática profissional). Dentre os métodos utilizados, são privilegiadas as metodologias ativas de ensino-aprendizagem – “que propõem a construção do conhecimento a partir da problematização, onde os estudantes são autores do seu aprendizado e os professores são facilitadores desse processo” (ALBUQUERQUE et al., 2007), permitindo assim a reflexão dos problemas inerentes ao seu *locus* de produção de saúde, possibilitando ainda a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores da saúde, que provocam a transformação das práticas; tanto como política de educação na saúde como contribuição do ensino à construção do SUS, por meio da proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania, buscando a interação e a integração ensino-serviço.

O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA: FOCO NA GESTÃO DE SISTEMA DE SAÚDE

Considerando a trajetória da secretaria de saúde do Tocantins ao enfrentar o desafio de ser, além de *locus* de gestão de políticas de saúde, também espaço de formação e qualificação de trabalhadores, verificou-se dentre o grande número de servidores a insuficiência de expertise em temas específicos voltados às funções gestoras do SUS. Buscou-se, como alternativa para minimizar tal deficiência, a pós-graduação, em princípio, a especialização e posteriormente o mestrado profissional.

Como já havia sido realizado, de forma muito exitosa, um curso de pós-graduação *lato sensu* – especialização em planejamento em saúde, fruto de parceria da SES-TO com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), pensou-se na mesma instituição de ensino para ofertar o mestrado profissional visando dar continuidade à demanda de qualificar os profissionais de saúde para produzir conhecimentos e desenvolver tecnologias em saúde coletiva, enfatizando sua incorporação à prática institucional nos diversos níveis, cujo envolvimento profissional estivesse relacionado aos processos de planejamento, programação, organização de serviços e avaliação em saúde.

Segundo a Capes, o mestrado profissional é uma modalidade de pós-graduação *stricto sensu* voltada para a capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho, com objetivo de contribuir e agregar maior competitividade e produtividade a empresas e organizações, sejam elas públicas ou privadas. (BRASIL, 2014a) Neste sentido, deve apresentar estrutura curricular que enfatize a articulação entre conhecimento atualizado, domínio da metodologia pertinente e aplicação orientada para o campo de atuação profissional específico. O trabalho final do curso deve ser sempre vinculado a problemas reais da área de atuação do profissional-aluno e de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, podendo ser apresentado em diversos formatos. (BRASIL, 2014a)

Após inúmeras e frutíferas discussões a distância e presenciais, além da consulta da legalidade aos órgãos competentes, a SES-TO procedeu à

celebração de um contrato, com dispensa de licitação, pela reconhecida capacidade técnica do ICS/UFBA para oferta do mestrado profissional em saúde coletiva com área de concentração em gestão de sistema de saúde, considerado um campo de conhecimento que, apesar de estar se consolidando e estabelecendo espaços de discussão em nível nacional e mais especificamente em nível estadual, no caso do Tocantins, é foco da atenção de profissionais da saúde que há muito tempo buscam a melhoria das práticas assistenciais e de gestão da saúde, vislumbrando um caminho para se alcançar a consolidação do SUS.

O mestrado foi pensado para atender profissionais efetivos, que estavam atuando em vários níveis do sistema de serviços de saúde, sendo que sua estrutura curricular previu a existência de um núcleo básico de conhecimentos em saúde coletiva e um conjunto de conhecimentos específicos de cada área, contemplando aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais da respectiva área de concentração.

Corroborar-se com o pensamento de Campos (2003, p. 9), que destaca o fortalecimento das ações de educação em saúde, "objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas". Os trabalhadores precisam fortalecer sua autonomia e potencialidades de tal forma que, imbuídos de espírito crítico e proativo, sejam capazes de devolver à sociedade serviços de qualidade.

O cerne do investimento no mestrado, no valor de R\$ 753.033,27 (setecentos e cinquenta e três mil, trinta e três reais e vinte e sete centavos), foi o anseio de que a devolutiva por parte dos 17 mestrandos, trabalhadores do SUS, se constituísse em proposições concretas de ações e condições viáveis de apoio ao fortalecimento do sistema de saúde do Tocantins, que interviesse diretamente na realidade atual e atendesse necessidades apresentadas pelo serviço.

A prática de investigação foi desenvolvida na instituição de origem (serviço de saúde) do mestrando, tomando como ponto de partida os problemas gerenciais, organizativos e operacionais do cotidiano institucional que demandassem a produção de conhecimentos e o desenvolvimento de tecnologias para seu enfrentamento e superação.

Neste sentido, observou-se que não bastaria apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco

central. E, como condições ímpares, a formação e a capacitação dos trabalhadores também deveriam considerar aspectos pessoais, valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

As dissertações foram consonantes à necessidade de se contemplar, hodiernamente, conceitos e práticas alusivos ao desenvolvimento do SUS no Tocantins.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a formação para servidores efetivos em nível de mestrado no estado do Tocantins trouxe, além da qualificação dos trabalhadores e a proposição de novas estruturas organizacionais, inúmeras contribuições para a capilarização da política de educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS, de forma integrada à gestão de sistemas de saúde, fortalecimento nas ações, processos e instrumentos de gestão de saúde.

Verifica-se que o processo de mudança da educação na saúde rompeu com estruturas cristalizadas e formou profissionais de saúde com competências que lhes permitem produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, utilizando-se fundamentalmente do diálogo com suas práticas e concepções, problematizando-as – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada um em seu *locus* de trabalho, junto aos seus pares, construindo novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Portanto, reitera-se que não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, para a mudança, transformação ou crescimento. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

A ETSUS, a partir da experiência de proporcionar aos servidores o acesso ao mestrado, considera que foi um investimento decisivo em um capital intelectual, cujo desdobramento aplicativo será revertido à sociedade tocantinense. Cabe ressaltar que grande parte da carga horária do curso foi realizada nas dependências da escola, o que favoreceu a aproximação de mestrandos, professores do ISC e técnicos da SES-TO.

Percebe-se que o aprender fez sentido, que o que se aprendeu respondeu a uma pergunta, que o conhecimento foi construído a partir de um diálogo com o que já se sabia antes. Conforme assinala Pelizzari (2002, p. 41) "a mente humana é capaz de fazer leituras bastante profun-

das dos detalhes aparentemente insignificantes, mas que certamente têm um grande poder de semear profundos significados”.

Tal situação permite confirmar que a introdução da educação permanente em saúde é estratégia basilar para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. (FREIRE, 2013)

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S.; TANJI, S.; SILVA, C. M. S. L. M. D. *et al.* Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 296-303; 2007.
- BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 478.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, ALM (org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3, p. 29.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.
- BERBEL, N. A. N. As Metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Seminários sociais e humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: [s. n.], 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.html. Acesso em: 16 out. 2016.
- BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Mestrado profissional o que é?. *Fundação Capes*, 1 abr. 2014a. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/sobre-a-avaliacao/mestrado-profissional-o-que-e>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde*. Aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, Brasília, DF: [s. n.], 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf. Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano141, n. 32, p. 37-41, 16 fev. 2004. Disponível em: www.drt2001.saude.gov.br. Acesso em: 15 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial da União*: seção1, Brasília, DF, ano 151, n. 42, p. 6, 28 fev. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B.Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: [s. n.], 1986. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio8.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 7-14, 2003.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161- 178, 2005a.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

CECCIM, R. B. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf. Acesso em: 15 maio 2014.

- CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Revista ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 443-456, 2009.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.
- FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *RECIS: Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, 2012. Supl.
- FERRAZ, F.; BACKE, V. M. S.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. *et al.* Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Revista ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013.
- FONSECA, R.; CRHIST, R. *Práticas de integração ensino serviço*. Vitória: [s.n.], 2010. Disponível em www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100222.pdf. Acesso em: 23 maio 2014.
- FRANÇA, T.; MEDEIROS, K. R.; BELISARIO, S. A. *et al.* Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Revista ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 fev. 2020.
- FREIRE, P. *À sombra desta mangueira*. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- IBGE. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 15 mar. 2020.
- MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Revista ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, 2008. Supl. 2.

- MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Centauro, 2001.
- MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. O. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Revista divulgação e saúde para debate*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 39-44, 1996. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>. Acesso em: 15 maio 2014.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries saúde no Brasil 1*, [s. l.], p. 11-31, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 9 fev. 2020.
- PELLIZZARI, A.; KRIEGL, M. L.; BARON, M. P. et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Revista PEC*, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2002.
- SAMPAIO, J.; KRIEGL, M. L.; BARON, M. P. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Brasil. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v. 18, p. 1299-1312, 2004. Supl. 2.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A ordenação da formação de recursos humanos e a universalização do acesso às ações e serviços de saúde no SUS. *Blog Direito sanitário: saúde e cidadania*, 12 nov. 2012. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/11/12/a-ordenacao-da-formacao-de-recursos-humanos-e-a-universalizacao-do-acesso-as-acoes-e-servicos-de-saude-no-sus/#1>. Acesso em: 16 out. 2016.
- SOUZA, R. A.; SILVA, M. S. P. História e perspectivas para a educação superior no estado do Tocantins: encantos e desencantos sobre o direito à educação pública e gratuita. *RBPPE*, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 497-512, 2007.
- TOCANTINS. *Estados e capitais Do Brasil*, [s. l.], 2016. Disponível em: <http://www.estadosecapitaisdobrasil.com/estado/tocantins/>. Acesso em: 20 out. 2016.
- TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. ETSUS. *Saúde.TO*, Tocantins, [201-]. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/gestao-profissional/etsus/>. Acesso em: 9 fev. 2020.

Capítulo 3

GESTOR EM SAÚDE NA SES TOCANTINS: CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS

César Martins Barbosa

Isabela Cardoso de Matos Pinto

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a política de saúde no Brasil vem passando por uma série de mudanças jurídicas, institucionais, gerenciais e organizacionais. Com o processo da descentralização e, conseqüentemente, o aumento do número e responsabilidades dos gestores, uma das questões centrais do debate na área de saúde diz respeito à gestão do sistema e gerência das unidades de prestação de serviços.

A gestão do sistema de saúde envolve uma enorme complexidade, que, dentre muitas atribuições, exige conhecimentos sobre a situação sanitária, sobre práticas administrativas e financeiras, sobre legislação, sobre relações interpessoais, sobre negociação etc. O processo de trabalho e a gerência das organizações públicas de saúde abrangem um conjunto de desafios enfrentados cotidianamente. Um dos aspectos que merece destaque é o perfil dos profissionais de saúde para atender as necessidades do sistema. Nesse sentido, aspectos ligados às características de quem decide, coordena processos de formulação e implementação de políti-

cas e exerce a prática gestora constituem dimensões importantes a serem consideradas.

O processo de trabalho e a gestão das organizações públicas de saúde estão relacionados a um conjunto de fatores, dentre eles, a conformação das equipes de trabalho que são constituídas por diferentes perfis profissionais, trajetórias acadêmicas diversas e múltiplas experiências dentro do SUS, cujo modelo organizacional hierarquizado e descentralizado é constituído por especialidades e especialistas em diversos setores assistenciais, técnicos e administrativos.

No que tange à produção científica sobre a temática, a busca realizada na literatura identificou poucos trabalhos que analisam a gestão na perspectiva da articulação entre as competências e atribuições necessárias ao gestor e à formação do mesmo. Dentre esses, pode-se citar a pesquisa realizada por Luna, em 2008, que traçou o perfil dos gestores municipais de saúde do estado de Mato Grosso; o estudo de Silva e Roquete, em 2013, que apresentou as competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, de 2001 a 2011, e, por último, o trabalho de Rosso e demais autores, em 2013, que descreveram o perfil dos gestores dos distritos sanitários de Goiânia.

No estado do Tocantins houve um investimento importante buscando suprir as necessidades existentes no que diz respeito à busca de eficiência e eficácia na gestão do sistema de serviços de saúde oferecidos à população com a criação e incorporação do cargo de gestor em saúde no plano de carreira do estado.

Foi publicada no *Diário Oficial* do estado do Tocantins, nº 1.953, em 30 de junho de 2005, a Lei nº 1.588/2005, que dispõe sobre o plano de cargos, carreiras e subsídios dos profissionais efetivos da saúde do estado do Tocantins. Em seu anexo I, a citada lei dispõe sobre a criação do grupo 06 - cargo de nível superior estratégico da saúde cuja denominação é gestor em saúde, com quantitativo de 16 vagas para todo o estado, cujas atribuições profissionais de alta complexidade e responsabilidade compreendem: planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação dos programas de governo; atuação em pesquisa, análise e formulação de programas e projetos que confirmem eficiência, eficácia e efetividade à gestão de políticas públicas em saúde. Pode, ainda, exercer funções de supervisão, coordenação, direção e assessoramento para arti-

culação e integração dos programas da área com aqueles implementados pelo conjunto ou parte da ação governamental, respeitados os regulamentos do serviço.

Para assumir o cargo de gestor em saúde, na Lei nº 1.588/2005, foram definidos os seguintes requisitos: ter curso superior em qualquer área do conhecimento, acrescido de curso de pós-graduação *lato senso* em: saúde pública, saúde coletiva, vigilância em saúde, administração hospitalar, auditoria em serviços de saúde ou gestão dos serviços de saúde pública. No entanto, a prática da gestão envolve um conjunto de competências e habilidades que muitas vezes não compõem os currículos dos diversos cursos realizados pelos profissionais de saúde.

Com base no pressuposto de que a instituição de saúde deve conhecer o perfil dos profissionais para traçar estratégias que buscam a qualidade dos serviços prestados pela SES-TO, foi realizado o presente estudo, que aponta aspectos relevantes para a qualificação da gestão e identificação das lacunas existentes para o desempenho dos gestores.

Além disso, é importante analisar os distanciamentos entre o conhecimento e as experiências dos profissionais que ingressaram como gestores buscando relacionar com as atribuições exigidas pelo cargo que ocupam na SES-TO. Assim, os questionamentos que nortearam o presente estudo foram: Quem é o profissional gestor em saúde do estado do Tocantins? Quais conhecimentos e competências são exigidas destes profissionais?

Diante do exposto, o objetivo deste capítulo é apresentar o perfil do gestor em saúde no estado do Tocantins, contribuindo para o aprimoramento da gestão, de forma que possa ampliar a reflexão sobre as atividades gestoras e as características das unidades de saúde onde atuam.

GESTÃO EM SAÚDE: DEFINIÇÕES E COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS

Vários autores chamam atenção para o debate em relação aos conceitos de gestão e administração, considerado por alguns como sinônimos. (MOTA, 1997; SOUZA; VIANA, 2014) Para Mota (1997), o termo gestão está relacionado ao *management* do setor privado anglo-americano e à *ad-*

ministration publique da linha francesa. A gestão, gerência ou mesmo a desgastada palavra administração são termos que podem ser considerados sinônimos, ainda que, conjuntamente e dependendo da situação, alguns deles destacam o significado mais abrangente e de maior relevância. Atualmente o termo gestão tem sido mais utilizado explicitando a dimensão política e estratégica frente à operacional administração.

A definição clássica de administração é aquela proposta por Henry Fayol, no início do século XX: planejar, organizar, dirigir e controlar. Para este autor, planejar consiste em tomar decisões sobre objetivos a alcançar, atividades a desenvolver e recursos a utilizar. Organizar refere-se a distribuir a autoridade e a responsabilidade entre as pessoas e alocação de recursos. Dirigir significa mobilizar recursos, especialmente pessoas, para realizar as tarefas e atingir os objetivos. Finalmente, controlar consiste em acompanhar e fiscalizar a mobilização de recursos na realização das tarefas de modo a assegurar o alcance dos objetivos.

Na perspectiva do planejamento estratégico situacional (MATUS, 1996a), muito adotada por autores da saúde coletiva (RIVERA, 1989; TEIXEIRA; MOLESINI, 2002), a gestão é vista como um dos momentos do planejamento, mais especificamente como o momento tático-operacional. Para Motta (1997, p. 34), o termo gestão sugere a ideia de dirigir e de decidir: “o propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, sendo este um processo complexo que envolve qualificação, motivações, interesses, intuição, conhecimentos, competências e habilidades”.

Segundo Fernandes, Machado e Anschau (2009), na área da saúde, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 96, gerência e gestão têm diferentes significados, sendo a primeira de caráter operacional e administrativo (tornando, portanto, gerência como sinônimo apenas de administração), quando aplicada sobre serviços (ambulatorios, hospitais, institutos, fundações) e reservando para o termo gestão a função de coordenação, articulação, negociação, planejamento etc., relacionadas com sistemas de saúde (municipal, estadual e nacional).

Souza e Viana (2014), ao explicar sobre o conceito utilizado pela OMS, em 1978, afirma que esta é uma conceituação ampliada de gestão, que incorpora o conceito de administração como conjunto de técnicas usadas para o funcionamento de uma organização, inclusive o planejamento, o financiamento, a contabilidade, a direção de pessoal, a análise

de sistemas etc., mas ultrapassa sua abrangência, incluindo o processo de tomada de decisão política também como objetivo da gestão. Neste sentido, o conceito de gestão adotado pela Assembleia Mundial de Saúde, de 1978, está mais próximo do conceito de planejamento de Matus (1996b) do que do conceito de administração de Fayol. A gestão é facilmente percebida como trabalho indireto e é fundamental para o controle do trabalho dos outros. Controle que pode ser autoritário ou democrático, mas que é sempre essencial para que as ações sejam coordenadas e produzam resultados positivos no alcance das metas da organização.

Conforme Fernandes, Machado e Anschau (2009), a reorientação das funções gerenciais pode ser vista como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e para a transformação das práticas de saúde, criando condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, para a aplicação de recursos e resolutividade dos problemas dos usuários. Estas funções gerenciais ampliadas requerem um novo conjunto de competências do gestor público que atua na saúde.

Bergue (2011), ao citar esta missão imposta aos gestores públicos, enfatiza a complexidade e variedade de competências necessárias a esses gestores. Mais complexa ainda é esta atuação se observadas às atribuições de um gestor na área da saúde coletiva.

Segundo Souza (2009), para refletir sobre estratégias de gestão que aproximem o SUS possível do SUS necessário, deve-se, portanto, em primeiro lugar, compreender a implantação do SUS como uma luta política. Em segundo lugar, é útil adotar um conceito amplo de gestão, pois é abrangente o escopo do SUS e, por conseguinte, das atividades do gestor da saúde. A gestão da saúde pública é complexa, exige competências, habilidades e qualificação contínua que envolve um leque de conhecimentos administrativos, jurídicos, financeiros, orçamentários, relacionais etc. Ao pensar sobre as particularidades da gestão em saúde, Mintzberg (1995) afirma que as organizações de saúde são caracterizadas como burocracias profissionais. Os profissionais são trabalhadores diferenciados pelo fato de o próprio exercício de suas competências exigir que disponham de um elevado grau de autonomia. Os profissionais que atuam no sistema de saúde têm consciência de suas singularidades, sendo detentores de informações que não estão ao alcance nem dos gestores nem dos

usuários dos serviços, que se encontram, desse modo, em situação de dependência.

Fragelli (2013) afirma que a formação profissional na área da saúde não está garantindo a posse das competências para as necessidades atuais de saúde e a educação para preparação dos profissionais para atuação na gestão do SUS, tanto os gestores do sistema de saúde quanto os gerentes de unidade, departamentos, setores que prestam serviços aos usuários.

Fazer gestão em saúde é atuar em um campo complexo e permeado por conflitos, por isso dentre as competências e habilidades esperadas do gestor em saúde pode-se salientar as seguintes: ter habilidade de negociação, uma vez que participará de várias pactuações interfederativas e de contratualização com fornecedores e prestadores de serviços; perfil de liderança; conhecer os instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de gestão orçamentária; participação efetiva em atividades de planejamento, execução, controle e avaliação dos programas de governo conferindo eficácia, eficiência e efetividade na gestão de políticas públicas de saúde. (AZEVEDO, 2010)

Brito e Braga (2010) afirmam que as novas demandas sociais fazem emergir a necessidade de construção de novos perfis de profissionais de gestão que estrategicamente possam dar conta e agregar valor à realidade, ora como planejador, controlador, avaliador ou gerenciador de conflitos. De fato, a aprendizagem e o desenvolvimento de lideranças estão acontecendo com o objetivo de preencher esta lacuna.

Para Matus (1996a), o papel do gestor enquanto dirigente e líder na busca de formação e capacitação dos quadros dirigentes em todo o sistema público de saúde é extremamente importante para o fortalecimento da sua capacidade de governo, o que inclui sua formação como líder e a apropriação de conhecimentos acerca das mudanças necessárias nos sistemas de trabalho e no desenho organizativo das instituições sob seu comando.

Paim e Teixeira (2007) afirmam a existência de alguns nós críticos relacionados à estrutura organizacional e ao processo de gestão do SUS, como a dificuldade de comunicação entre os níveis de governo – em decorrência da heterogeneidade no desenvolvimento institucional tanto no Ministério da Saúde, quanto nas secretarias estaduais e municipais de saúde - e o marcado “amadorismo” na gestão do sistema além da escas-

sez de profissionais capacitados para o exercício de múltiplas e complexas funções como é o caso da gestão em saúde.

De acordo com Gonzaga (2008) citado por Boniatti, (2012) ao longo dos anos, tem-se avançado uma discussão em torno do perfil profissional e acadêmico do gestor em saúde, porém, ainda é incipiente. Contudo, se faz necessário compreender quais são os objetivos do cargo de gestor em saúde e que tipo de contribuição se espera do profissional que ocupa este cargo, bem como quais os resultados expressos por este em relação aos objetivos e metas planejados pela organização de saúde a qual está vinculado sendo que a criação deste perfil profissional é de grande importância e servirá para orientar os conhecimentos, habilidades, qualificações e experiências requeridas do gestor em saúde para atingir os principais objetivos do cargo.

Ao discutir sobre as necessidades da gestão em saúde, Souza e Viana (2014) apontam a articulação entre o agir dos profissionais e a mudança dos processos de trabalho. O caráter profissional do trabalho em saúde sugere que mudanças nas organizações de saúde decorrem de modificações progressivas de comportamento dos profissionais, por meio de ações educativas e de articulação entre a melhoria das condições de trabalho e a responsabilização dos profissionais por seu desempenho individual e coletivo. Nesse sentido, o gestor pode e deve desenvolver estratégias que buscam a qualificação e atualização dos profissionais que o auxiliam na gestão, visando buscar que os profissionais venham a ter as competências adequadas à realização das atividades que o alcance dos objetivos da organização requer, além disso, o mesmo gestor pode desenvolver estratégias de gestão relacionadas com a implantação de processos de trabalho mais efetivos e relações de trabalho mais motivadoras.

Para Motta (1997, p. 32), "o desenvolvimento de habilidades gerenciais significa uma adição ou complementação à formação de profissionais de outras áreas inclusive os de administração". Em suma o aprendizado gerencial não é atribuição exclusiva da área de administração, pelo contrário, o autor insiste que o treinamento gerencial consiste em desenvolvimento pessoal, formação de nova visão de futuro, de carreira, aliado às experiências adquiridas e assim fazer uso em prol da organização. Por isso, para o gestor atingir o sucesso profissional a sua formação acadêmica, específica em administração, não é o aspecto mais relevante, pois

o perfil do gestor deve contemplar habilidades, competências, e uma lógica de ação, que vão além do conhecimento técnico e o capacita a gerir pessoas, processos e a organização de modo geral. O gestor deverá desenvolver as seguintes habilidades para poder gerir de forma eficiente as organizações onde atua: ter visão estratégica, planejamento, organização, controle, liderança, comunicação, trabalho em equipe, motivação, participar do processo decisório, habilidades de negociação, pró-atividade, criatividade, flexibilidade e competência interpessoal.

Segundo Witt (2005), competências sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para resolução dos problemas. Expressam-se na ação profissional, na relação com o outro, no dia a dia do trabalho.

Corroborando com os demais autores, Dutra (2004, p. 33) conceitua competência da seguinte maneira:

Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o profissional exercer o seu trabalho; e, de outro lado, as competências entendidas como sendo a entrega do profissional para a organização. Tal conceito engloba os aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos presentes em uma atividade laboral.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, cujo objetivo principal é a caracterização do perfil do gestor em saúde, através do mapeamento dos conhecimentos e competências apresentadas por estes profissionais no desenvolvimento de suas funções.

A produção dos dados empíricos envolveu um universo composto por 15 dos 16 sujeitos ocupantes do cargo efetivo de gestor em saúde que atuam na SES-TO, totalizando então 93% dos sujeitos que fazem parte desse grupo. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada contendo as seguintes dimensões: informações sociodemográficas, formação profissional, conhecimentos, experiências profissionais e os principais desafios deste profissional no desempenho de suas funções. A seguir procedeu-se a realização das entrevistas, onde foi

efetuado o contato pessoal com os sujeitos, informando-os acerca dos objetivos da pesquisa e convidando-os a participar. Após o consentimento, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada a assinatura em caso de concordância com os termos expostos. Além disso, os sujeitos foram orientados quanto à voluntariedade, a proteção da imagem e garantia do anonimato, quanto ao direito de recusar-se a participar da pesquisa, a retirar o consentimento a qualquer momento sem que disto lhe resultasse em algum prejuízo, conforme os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foi realizado um pré-teste a fim de verificar possíveis dificuldades no entendimento das questões. Este pré-teste foi aplicado a 3 sujeitos que atuam na SES-TO em cargos similares ao de gestor em saúde, sendo que não resultou em nenhuma alteração no instrumento de coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2016. Todas as questões foram respondidas pelo total de participantes, não havendo assim recusas. Para preservar a identidade dos participantes desta pesquisa, os roteiros de entrevistas foram identificados, pelo pesquisador, pelas letras GS (gestor em saúde), seguidos do número de ordem da entrega (GS1, GS2, GS3...). Após a coleta dos dados, as informações quantitativas foram tabuladas em planilha Excel.

A pesquisa seguiu os preceitos do CNS, Resolução nº 466/2012, no que concerne à confiabilidade dos dados, sigilo das informações, garantia de anonimato e uso dos dados apenas para fins científicos, sendo a mesma aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob Parecer nº 1.333.224, de 16 de dezembro de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características sociodemográficas, há a predominância do sexo feminino (60%), confirmando o crescimento da presença da mulher na gestão em saúde no estado do Tocantins, corroborando com a feminização apontada em outros estudos. (FLEURY et al., 1997; VILAR, 2003)

Quanto à formação profissional dos gestores entrevistados, identifica-se uma heterogeneidade em relação aos cursos de graduação dos su-

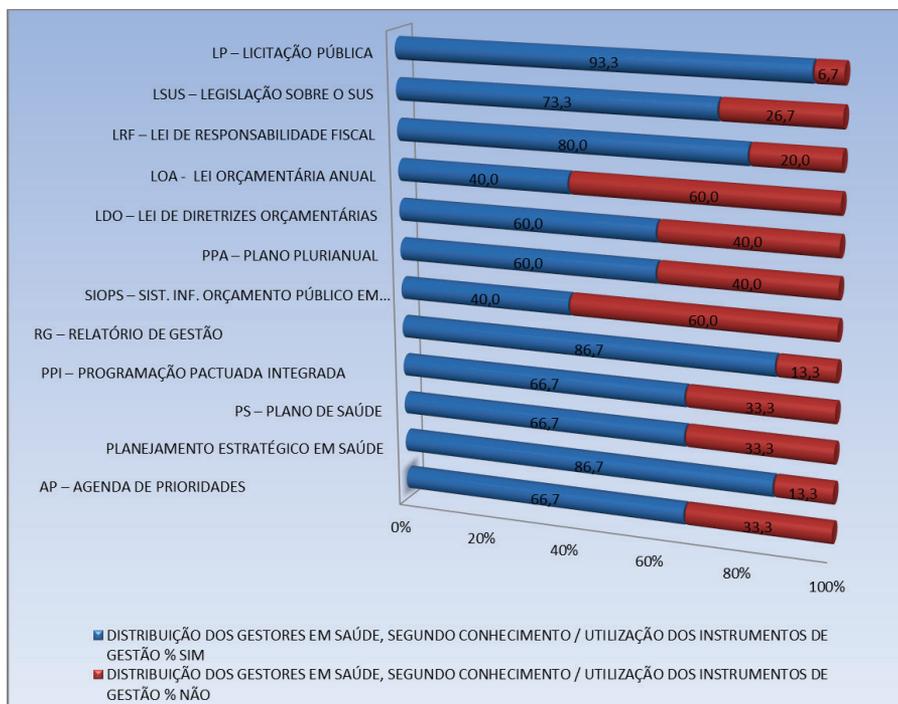
jeitos participantes da pesquisa. Esses dados sugerem que a SES-TO está incorporando e ampliando a multidisciplinaridade na medida em que vem formando equipes de gestão com diferentes formações acadêmicas, não necessariamente da categoria médica ou enfermagem, como no passado.

Na SES-TO, a maioria dos gestores (27%) atua em vigilância em saúde, ou seja, a grande parte dos gestores está lotada na superintendência de vigilância, promoção e proteção à saúde. Os demais estão assim distribuídos na rede laboratorial, na área de planejamento em saúde, na atenção primária em saúde e em educação em saúde, na rede hospitalar, em controle, avaliação e regulação.

Quanto ao cargo ou função atual, os sujeitos entrevistados que ingressaram para assumir o cargo de gestor da SES-TO estão assumindo funções diversas, a saber: a maioria (9) deles são técnicos; 3 são assessores/diretores; 2 ocupam o cargo de superintendente; e 1 de diretor. Maior parte dos gestores em saúde são técnicos administrativos, sem cargo ou com cargo de confiança na gestão, o que demonstra a prevalência dos interesses políticos.

No Tocantins, os resultados apontam grandes problemas em relação ao conhecimento e uso dos principais instrumentos de gestão pública e também de gerenciamento do sistema público de saúde. Entre os problemas apontados, chama a atenção o número elevado de profissionais que desconhecem a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) (40,0%) e a lei orçamentária anual (LOA) (60%) – leis de responsabilidades do poder executivo, que compreendem as metas e prioridades da administração pública e fixam as receitas e as despesas do governo, respectivamente. Esses dados evidenciam a fragilidade na capacidade de alocar recursos orçamentários e financeiros específicos para o setor da saúde junto ao próprio governo e a outras esferas governamentais, podendo, se isto persistir, haver prejuízo para a política de saúde.

Figura 1 - Conhecimento dos principais instrumentos de gestão por parte dos gestores – SES-TO/2016



Fonte: elaborado pelos autores.

Licitação é o procedimento administrativo formal para contratação de serviços ou aquisição de produtos pelos entes da Administração Pública direta ou indireta. No Brasil, para licitações por entidades que façam uso da verba pública, o processo é regulado pelas Leis nº 8.666/93 e nº 10.520/02. No que diz respeito ao conhecimento e aplicação das leis que regem o processo licitatório, 93% dos entrevistados conhecem as leis de licitação e as utilizam no seu dia a dia de trabalho, enquanto 6,7% têm conhecimento sobre o assunto, porém, não o utilizam no desempenho de suas tarefas.

Em relação às bases legais do SUS, a maioria dos gestores tem conhecimento, perfazendo 73,3% da amostra contra 26,7%. Estes dados são preocupantes, pois se esperava que 100% dos gestores conhecessem as bases legais do SUS.

A lei de responsabilidade fiscal (LRF) busca criar condição de equilíbrio orçamentário, financeiro e fiscal. Essa lei foi implantada na tentativa de inibir uma prática comum de alguns governantes, que faziam grandes gastos ao final de seu mandato para que esses valores fossem pagos pelos próximos representantes eleitos. A lei de responsabilidade fiscal incentivou, portanto, mais transparência nos gastos públicos, o que é de grande valia no combate à corrupção. Em relação ao conhecimento/uso da LRF. Os dados demonstram que 80% dos profissionais têm conhecimento deste instrumento, enquanto 20% dizem desconhecê-lo.

No que diz respeito à lei orçamentária anual, apenas 40% dos profissionais entrevistados afirmam conhecer, enquanto 60% deles, ou seja, a maioria, desconhecem a existência deste instrumento básico da gestão orçamentária. De todos os instrumentos abordados na pesquisa, a LOA foi o que apresentou o resultado mais preocupante, apontando grande deficiência na formação destes profissionais.

A lei de diretrizes orçamentárias é conhecida por 60% dos entrevistados. Percebeu-se, durante as entrevistas, um certo desconforto ao responder sobre essa questão específica, o que reafirma a deficiência na formação de alguns destes profissionais na área orçamentária, conforme depoimento abaixo:

Eu planejo, monitoro e avalio as atividades da área da técnica, mas não sei nada sobre financeiro e orçamentário, ai ai, este é um grande problema para mim [...] essa parte eu deixo para o contador, administrador, economista [...] eu pergunto quanto temos para gastar nas ações e aí então eu programo as atividades junto com os demais técnicos, simples assim. (GS7)

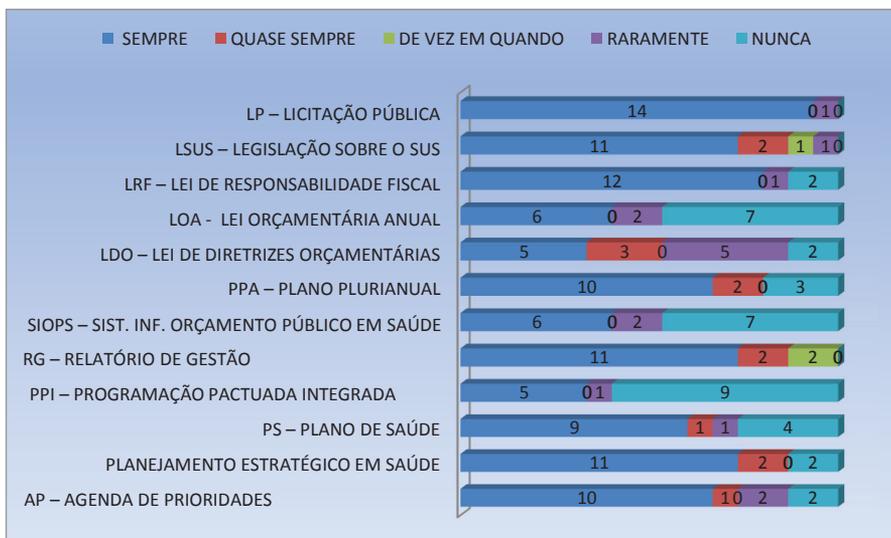
Quando os sujeitos foram indagados sobre o seu conhecimento em relação ao plano plurianual (PPA), 60% disseram ter conhecimento do instrumento, enquanto 40% não sabem do que se trata. O sistema de informação sobre orçamento público em saúde é conhecido por apenas 40% do grupo de gestores entrevistados, e 86,7% dos profissionais afirmam conhecer o relatório anual de gestão, contra 13,3% que desconhecem.

Já a Programação Pactuada Integrada (PPI) é conhecida por 66,7% dos profissionais entrevistados, contra 33,3% que afirmam desconhecer tal instrumento. Quanto ao plano de saúde, 66,7% afirmam conhecê-lo,

enquanto os 33,3% restantes desconhecem. Planejamento estratégico em saúde é conhecido por 86,7% dos entrevistados.

Indagados em relação ao conhecimento de uma agenda de prioridades, 66,7% afirmam conhecê-la, enquanto 33,3% a desconhecem. Assim, entende-se que o desconhecimento das medidas necessárias para os ajustes demandados pelo SUS deve-se, dentre outros fatores, ao pouco conhecimento e/ou dificuldade de acesso ao aparato legal estabelecido para este sistema, às diversas modificações ocorridas nas normas de funcionamento do sistema de saúde no decorrer da construção do SUS. Esses dados sugerem a necessidade de um processo de educação permanente que permita ao profissional discutir suas experiências e dificuldades de gestão, estabelecer redes de informação e a possibilidade de se tornar um profissional que aprende durante o processo de trabalho. (MINTZBERG, 1995)

Figura 2 - Uso dos principais instrumentos de gestão por parte dos gestores – SES-TO/2016



Fonte: elaborado pelos autores.

Dentre os dados coletados e apresentados na Figura 2, 93% dos profissionais utilizam sempre as leis que regem as aquisições públicas. Quanto às bases legais do SUS, 73,3% dos entrevistados afirmam usar sempre a legisla-

ção do SUS no desenvolvimento das suas atividades. 80% dos profissionais sempre procuram se adequar à lei de responsabilidade fiscal, observando-se os limites prudenciais entre as despesas e as receitas públicas.

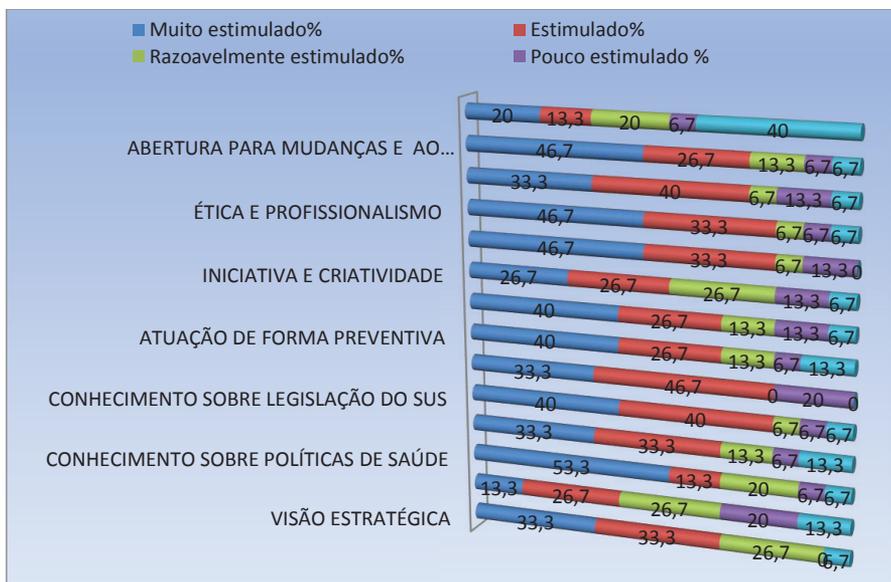
O que mais chama a atenção é que 7 dos 15 gestores, ou seja, 46,6% nunca utilizam da lei orçamentária anual para monitoramento e avaliação às atividades. Em relação à LDO, apenas 5 dos 15 gestores (33,3%) utilizam o referido instrumento no desenvolvimento das suas atividades como gestor em saúde, o que revela uma grave deficiência na gestão e uma necessidade urgente de investir na capacitação destes profissionais.

Outro instrumento de gestão que nunca é utilizado por 7 dos 15 profissionais (46,6% do grupo) é o sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde; 11 dos 15 gestores (73,3%) afirmam utilizar/participar da elaboração do relatório anual de gestão.

Outro desafio a ser superado pelos gestores é a utilização da PPI, pois 9 dos 15 gestores (60%) afirmam nunca utilizá-la. O que evidencia que estes profissionais não participam e/ou desconhecem o processo de pactuação. O plano de saúde deveria ser um instrumento gerencial capaz de guiar as práticas da instituição, no entanto, os dados revelam que 40 % dos gestores não utilizam o referido plano no desenvolvimento das suas atividades. Quanto à agenda de prioridades, 10 dos 15 gestores (66,6%) afirmam sempre utilizá-la no seu dia a dia de trabalho. E 73,3% dos entrevistados afirmam sempre usar o planejamento estratégico.

É relevante destacar que estas são as informações e o entendimento esperados para uma pessoa que atua na gestão do sistema de saúde brasileiro, ou seja, conhecer bem o aparato legal da organização em que se insere, entendendo suas leis e princípios, assegurando os seus objetivos. A exigência de um conhecimento sólido dos fundamentos legais e instrumentos que alicerçam o SUS evitará a introdução de ruídos, mitos e propostas inconsistentes e inviáveis para a solução dos problemas que afetam a ação cotidiana de gestão no SUS. (MENDES, 2002) Primeiro, o dirigente deve entender a missão, o objetivo final da organização, depois os meios: o financiamento, a administração racional e todo o resto. (CAMPOS, 2000)

Figura 3 - Estímulo ao uso de competências gerenciais no ambiente de trabalho
SES-TO/2016



Fonte: elaborado pelos autores.

A Figura 3 apresenta algumas competências gerenciais muito estimuladas, e outras não. Dentre as estimuladas, estão: abertura para mudanças, ética e profissionalismo e consciência da qualidade, com 46,7% dos entrevistados respondendo de forma positiva a estes estímulos. Acrescentam-se aqui outras competências como atuação de forma preventiva e expressar-se de modo crítico (40% cada uma) e conhecimento sobre as políticas de saúde (53,3%). Além disso, vê-se: trabalho em equipe (40%), comunicação (46,7%) e visão estratégica (33,3%). Outras competências são razoavelmente estimuladas: iniciativa e criatividade; e capacidade de liderar pessoas (26,7% cada).

Mas o dado que mais chama a atenção é o fato de que 40% dos gestores não se sentem estimulados a participar dos processos decisórios. Essa falta de estímulo em participar das decisões pode ser novamente comprovada levando-se em consideração que 66,7% destes profissionais atuam como técnicos de nível superior, sem cargo ou função de confiança do atual governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados evidenciam que muitos gestores afirmam não utilizar alguns instrumentos básicos da gestão do SUS, entre eles: PPI, SIOPS e LDO, apontando assim fragilidades na gestão, principalmente no que diz respeito a orçamento público e descentralização de recursos, revelando a necessidade do alinhamento com as instituições formadoras no que tange à definição dos componentes curriculares para os profissionais que atuam na gestão em saúde, vinculando às necessidades da prática diária. As respostas às necessidades da população podem ocorrer de maneira mais eficiente e eficaz, otimizando recursos escassos e maximizando a complementaridade entre os serviços. No âmbito da gestão, o surgimento de novas modalidades de organização e prestação dos serviços coloca novos desafios para os quais os gestores são escassamente preparados.

Os resultados permitem identificar as competências, hoje, necessárias para o gestor desempenhar seu papel da melhor forma possível, dentre estas, as competências de liderança, responsabilidade ética e social, saber negociar, fazer a gestão do tempo e das mudanças, trabalhar com planos, ações e resultados. Estes itens precisam ser trabalhados por esses profissionais.

A qualificação dessa força de trabalho também configurará como mais um elemento a favor do sucesso da gestão, traduzida em ações mais efetivas e eficientes, proporcionadas pelo conhecimento e uso dos mecanismos de apoio à gestão inclusos no arcabouço legal do SUS.

Os resultados encontrados, particularmente, as dificuldades apontadas pelos profissionais entrevistados, reforçam o entendimento de que as práticas de gestão na secretaria de saúde devem ser planejadas pelas equipes e gestores.

Acredita-se que o estudo realizado apresentou contribuições para o aperfeiçoamento das práticas de gestão ao revelar as potencialidades, limites e os desafios enfrentados pelos envolvidos na gestão da secretaria de saúde do Tocantins. Seus resultados poderão ser utilizados pela SES/TO e pela ETSUS para propor, avaliar e/ou intensificar as diferentes estratégias de educação permanente e incorporação tecnológica, contribuindo para a produção de ações mais efetivas e eficientes, proporcionadas pelo conhecimento e uso dos mecanismos de apoio à gestão.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, L. F. M. *Nervos: rede de discursos e práticas de cuidados na Atenção Básica no município de Natal-RN*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.
- BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta paulista de enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 4, São Paulo, 2005.
- BERG, E. A. *Administração de conflitos: abordagens práticas para o dia a dia*. Curitiba: Juruá, 2011.
- BONIATTI, J. *Análise do perfil profissional dos gestores do SUS da Região do Alto Araguaia*. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde EAD) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo, 2012.
- BRITO, L. M. P.; BRAGA, J. L. Perfil ideal de competência profissional de gestores da área de saúde. *Revista de administração hospitalar e inovação em saúde*, Belo Horizonte, v. 5, n. 5, p. 26-39, 2010.
- CAMPOS, G. W. S. *Método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- DUTRA, J. S. *Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo: Atlas, 2004.
- FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Revista ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1541-52, 2009.
- FLEURY, S.; CARVALHO, A. I.; MANOTAS, N. et al. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1-15, 1997.
- FRAGELLI, T. B. O. *Análise das competências profissionais no núcleo de apoio à saúde da família*. 2013. Tese (Doutorado Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF, 2013.
- HORTA, N. C.; SENA, R.; SILVA, M. E. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 524-529, 2009.
- LUNA, S. M. M. *Perfil dos gestores municipais de saúde do Mato Grosso*. Cáceres: Ed. Unemat, 2008.
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. *Hospitais universitários: avaliação comparativa da eficiência técnica*. Rio de Janeiro IPEA, 2001.
- MATUS, C. *Adeus, senhor presidente*. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996a.

- MATUS, C. *Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*. São Paulo: Edições Fundap, 1996b.
- MENDES, G. R. B. *Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- MOTTA, P. R. Administração da decisão: razão e intuição. In: MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. São Paulo: FGV Ed., 1997. p. 77-94.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde; balanço do estado da arte. *Revista de saúde pública*, São Paulo, 2007, p. 73-78, 2007. Número especial.
- RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas baseado no enfoque estratégico da planificação. In: RIVERA, F. J. U. *Planejamento em programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 135-76.
- ROCHA, A. A. R. M. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES/Sergipe*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- ROSSO, C. F. W.; SOUZA, M. C. H. S.; SANTOS, T. A. P. et al. Perfil dos gestores dos distritos sanitários de Goiânia-GO. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. *Anais [...]*. Belo Horizonte: ABRASCO, 2013. p. 45.
- SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica no período entre 2001 e 2011. *Revista administração em saúde*, Belo Horizonte, v. 15, n. 58, p. 2-12, 2013.
- SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Revista ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 2009.
- SOUZA, L. E. P. F.; VIANA, A. L. D. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: SOUZA, L. E. P. F.; VIANA, A. L. D. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 261-269.
- TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidade do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. *Revista baiana de saúde pública*, Salvador, v. 26, n. 1-2, p. 29-40, 2002.
- TOCANTINS. Lei nº 1.588, de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Subsídios dos Profissionais da Saúde do Estado do Tocantins, e adota outras providências. *Diário Oficial do estado do Tocantins*: seção 1, ano 18, n. 1.953, p. 1-9, 1 jul. 2005.

VILAR, R. L. A. O estudo sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do Rio Grande do Norte. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 317-327.

WITT, R. R. *Competências da enfermeira na atenção básica: contribuindo à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.* 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Capítulo 4

RELAÇÕES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS NA CONSTRUÇÃO DO INTERNATO NOS CURSOS DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS

Andreis Vicente da Costa

Ana Cristina Souto

INTRODUÇÃO

A formação em saúde tem sido de grande relevância na transformação das práticas em saúde e como estratégia para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS. São crescentes a qualificação profissional e a formação em saúde, assim como a produção acadêmica sobre esses temas no processo de implementação desse sistema. É também expressivo o arcabouço jurídico-normativo produzido a partir da constituição federal do Brasil, de 1988, e da lei orgânica da saúde, de 1990, no sentido de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e, desde então, políticas, estratégias, ações e programas vêm sendo implantados pelos ministérios da educação e da saúde. Diversas estratégias e iniciativas impulsionaram mudanças na formação e nas práticas em saúde com a implementação do SUS, com destaque para: Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde -VER-SUS, em 1998; Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde – DCN, em 2001; Programa de Interiores-

zação do Trabalho em Saúde também - PITS, em 2001; Programa de incentivo de mudanças curriculares nos cursos de medicina – PROMED, em 2001; criação da secretaria de gestão do trabalho e educação na saúde no ano de 2003; Programa nacional de reorientação da formação nacional em saúde - Pró-Saúde, em 2005; Programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET Saúde, em 2008.

A partir das diretrizes nacionais da graduação em medicina em 2014, essas estratégias avançaram e surgiram outras voltadas à melhoria da integração ensino-serviço na formação médica, a exemplo do programa mais médicos de 2014 e os contratos organizativos de ação pública ensino-saúde o COAPES em 2015.

Esses avanços impulsionaram mudanças significativas na formação médica brasileira, produzindo importantes reflexões e debates e significativa produção acadêmica nas últimas duas décadas. Alguns trabalhos tratam da articulação da formação acadêmica ou da qualificação profissional para o SUS. (ALVES *et al.*, 2013; CAMPOS; FOSTER, 2008; CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011; FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007; FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014; GOMES; REGO, 2014; MARIN *et al.*, 2013; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018)

Silva e demais autores (2017) apontam uma expressiva produção acadêmica sobre trabalho e educação no Brasil, no período de 2011 a 2014, registrando cerca de 400 artigos científicos sobre formação e capacitação de recursos humanos em saúde. Outros estudos revelam o crescimento de temas sobre integração ensino-serviço, mudanças curriculares, estágios sob forma de internato. (BARRETO *et al.*, 2018; CANDIDO; BATISTA, 2019; MATIAS *et al.*, 2019; OLIVEIRA, 2008)

As mudanças curriculares mais recentes nos cursos médicos têm sido estimuladas principalmente pelas diretrizes curriculares de 2014, e apontam para a ampliação e diversificação dos cenários de aprendizagem, uma vez que pretende "sair" do espaço tradicional de formação, o hospital, e ao mesmo tempo se propõe a melhorar a prática da atenção hospitalar, assim como os processos formativos nesta instituição. Uma das principais estratégias na implantação das diretrizes tem sido a busca por uma maior integração entre as universidades e instituições de saúde e trocas de experiências nos processos formativos, que, segundo os estudos Mishima e

demais autores (1997) e Lopes e Lima (2012), têm se mostrado relevantes a ambas as instituições.

Pautada pelo ideal de corresponsabilização na formação em saúde, a secretaria de saúde do estado do Tocantins estabeleceu um regime mútuo de cooperação técnico-científica para realização de estágios supervisionados obrigatórios. Os estágios são orientados pela Portaria SESAU nº 415, de 2013, e por termos de cooperação interinstitucional. Estes instrumentos também estabelecem formas de relação interinstitucional na formação em saúde entre as instituições de ensino e os serviços de saúde sob gestão da secretaria de saúde do Tocantins. O início do processo de institucionalização dessa atividade se deu com a criação do núcleo de interação ensino-serviço (NIES), da ETSUS, cuja atribuição é a gestão da formação profissional no âmbito do sistema estadual de saúde.

A Universidade Federal do Tocantins (UFT), criada em 2000, conta atualmente com mais de 50 cursos de graduação, entre eles, o curso de Medicina sediado no *campus* da capital. A Secretaria de Saúde do Tocantins identificou a necessidade de organização dos seus serviços para atender à demanda criada com a inclusão de novos estudantes de cursos da área da saúde. Outras faculdades privadas também foram demandantes de cooperação institucional na formação graduada, a exemplo do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), da cidade de Porto Nacional, a Fundação UNIRG, de Gurupi, e ITPAC, da cidade de Araguaína. Nesse processo de integração entre as distintas instituições de ensino, em um processo inovador no campo da formação profissional em saúde, espera-se que as instituições e serviços também se formem no mesmo processo.

METODOLOGIA

Buscou-se identificar um desenho de estudo que pudesse responder às perguntas sobre a formação graduada em Medicina, no que se refere à conformação das relações político-institucionais no processo de construção e realização do estágio obrigatório em cursos de graduação em medicina nas unidades de saúde sob gestão estadual. Optou-se por um estudo de caso descritivo-exploratório, desenvolvido a fim de reunir

dados sobre o contexto de criação e desenvolvimento do internato interinstitucional.

Os dados foram coletados a partir de duas fontes: a primeira é o levantamento de documentos elaborados pelas instituições de ensino e SES, que tratam da organização destas instituições e dos estágios, instrumentos jurídicos e técnico-normativos de abrangência federal e estadual, documentos acadêmicos de relevância à temática; a segunda é a realização de sete entrevistas com todos os membros da comissão do internato interinstitucional, coordenadora do internato, nos meses de abril e maio de 2016.

Das 11 entrevistas previstas, foram realizadas 7. Ocorreram quatro recusas, uma de cada instituição de ensino que compõem a comissão que participa do projeto de internato interinstitucional.

Como critério de inclusão foi considerado um mínimo de 3 anos de atuação de atividade ligado à condução do internato interinstitucional e/ou exercendo cargo ou função relacionado à formação de profissionais de saúde. Descreve-se abaixo algumas características dos entrevistados (as):

- Representação institucional: 3 representando as instituições de ensino participantes do internato institucional, 2 representando os hospitais que disponibilizam os espaços de ensino e 2 representando a gestão da SESAU.
- Sexo: 5 mulheres e 2 homens.
- Função: 2 são docentes e 5 exercem atividades de gestão seja na SESAU ou nas instituições de ensino.
- Formação: pedagogia (1), enfermagem (1), medicina veterinária (1), odontologia (1), medicina (1), administração (1), serviço social.

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos, e foram pedidas autorizações aos participantes através de TCLE, submetido ao comitê de ética em pesquisa, pela Plataforma Brasil, sob o Parecer nº 1.453.404. Para preservar o anonimato, foram criados os seguintes códigos: RGE -Representante da Gestão Estadual; RIE - Representante de instituição de Ensino; Representante de Unidade Hospitalar (RUH), antecedido da letra E (entrevistado) e do número correspondente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados abaixo agregam os achados extraídos das fontes documentais e das entrevistas. Os resultados foram agrupados para destacar as particularidades em realizar um estágio interinstitucional e com condução por uma comissão interinstitucional, as relações políticos-institucionais entre os estabelecimentos de ensino e de saúde no âmbito da assistência e gestão, bem como os avanços e desafios postos nesta proposta para a formação médica no Tocantins.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO E DA COMISSÃO DO INTERNATO INTERINSTITUCIONAL

A UFT elaborou a proposta preliminar de estágio interinstitucional, em 2009, e, posteriormente, o ITPAC-Porto Nacional, a UNIRG e a SES se incorporaram ao processo de elaboração do programa do referido internato, construído a partir de ajustes dos projetos pedagógicos das respectivas instituições, organizando atividades e práticas conjuntas nas instituições do SUS, principalmente aquelas sob gestão da SES. A UFT ficou responsável pela organização e condução acadêmica do internato que tem a duração de dois anos, contando com cerca de 260 estudantes, oriundos do ITPAC, UNIRG e UFT nas unidades de saúde pública estadual. Essa nova estratégia, de organização e condução do estágio, intencionava minimizar os interesses individuais das três instituições de ensino, ofertando um campo de prática único que favorecesse o diálogo entre o campo da educação e da saúde, buscando promover a integração ensino-serviço e o processo de aprendizagem institucional. O internato é composto pelas quatro clínicas básicas, além de urgência e emergência e o internato rural realizado no interior do estado do Tocantins. O número de vagas varia entre as instituições, sendo a Universidade Federal, como instituição pública de ensino pública, a que tem um maior número de vagas para seus alunos. Os estagiários se inserem na rotina e organização do trabalho nos serviços de saúde e são orientados, em sua maioria, por profissionais desses serviços.

Cabe à Comissão do Internato Médico Interinstitucional (CIMI), instituída através da Portaria SESAU nº 575, de 2013, construir o plano unificado do internato no Tocantins, realizado nas unidades de saúde do estado, dar continuidade às atividades de interação ensino-serviço, propor estratégias de unificação entre as instituições de ensino e articular os projetos pedagógicos das referidas instituições de ensino. É sua atribuição também busca coordenar o planejamento pedagógico do internato em conformidade com as DCN de medicina.

O projeto original, elaborado pela UFT, parece ser um dos motivos pelo surgimento de dificuldades no processo de coordenação e de atribuições institucionais na CIMI. O papel de cada instituição no processo de coordenação e de atribuições institucionais também gera dificuldades nas relações entre as instituições de ensino, e isso foi revelado por um dos membros da comissão: *“Muitas vezes essa relação não está bem clara para as três universidades e, de uma maneira, gera conflitos. Penso que a partir do momento que isso fique claro para essas instituições a gente melhora e a gente se aproxima e a gente estreita laços”*. (E4 RIE)

Embora seja de responsabilidade da CIMI coordenar o internato interinstitucional, a mesma apresenta fragilidades, a exemplo da sua insuficiente capacidade de funcionamento: *“A CIMI só se reúne uma vez por mês e olhe lá. Quando tem todo mês reunião da comissão, dura, no máximo, duas ou três horas. São discutidos assuntos dos mais variados, mas algo que interessa realmente a gente não vê e fica sempre essa lacuna”*. (E3 RUH)

A Comissão deveria se constituir enquanto um espaço estratégico nas relações político-institucionais, mas inconstâncias na regularidade das reuniões e inconsistências nas pautas contribuem para o enfraquecimento das relações interinstitucionais. Segundo Andrade, Dias e Quintella (2001), são os elementos de socialização ou formas de interação entre atores estratégicos que resultam na construção de acordos.

Outro motivo de tensão na comissão é a definição de contrapartidas obrigatórias entre as instituições de ensino e a secretaria de saúde. Na implantação do internato, a instituição pública de ensino seria isenta de qualquer forma de contrapartida, como explicitado no Art. 18 da Portaria SESAU nº 415. Mesmo assim, o tema volta a ser debatido e aparece ex-

plicitado, neste estudo, pelo representante da secretaria de saúde, nesta comissão:

Não tem nenhuma (instituição) que diz: vou colocar, vou doar isso aí, a gente nunca viu por parte, por exemplo, da UFT. Hoje a nossa grande demanda é da UFT, e eles estão presentes? Eles estão presentes nas nossas reuniões na comissão, mas nessa questão de contrapartida, a gente praticamente não utiliza nada da UFT, e acho que isso é uma coisa que a gente tem que pensar até que forma que essas instituições públicas podem estar colaborando com a SESAU. (E7 RGE)

Os conflitos ocorrem na perspectiva dos entrevistados, por haver a interpretação de tratamento desigual para com as instituições de ensino, destacando um tom de favorecimento e facilidades para as instituições públicas em relação ao repasse da contrapartida à SES. Normas relacionadas à cooperação entre instituições públicas não demandam contrapartida da instituição pública de ensino, apenas as privadas. No caso da portaria SESAU nº 415, não dispõe sobre a obrigatoriedade de instituições públicas repassarem como contrapartida à secretaria, materiais, insumos, equipamentos, assim como está estabelecido para as instituições privadas. A portaria estabelece que as unidades de saúde do estado privilegiem as instituições de ensino que estão inseridas no território das unidades de saúde e que as instituições públicas terão prioridades para os estágios, e posteriormente as instituições privadas.

RELAÇÕES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS NA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO (INTERNATO)

Identificou-se que as relações político-institucionais parecem ser ainda frágeis e podem comprometer o processo de condução dos estágios. Todos os entrevistados evidenciaram preocupações nesse sentido, em especial o confronto entre membros e a pouca capacidade da CIMI em mediar soluções passíveis no enfrentamento dos problemas. Segundo Reyes, Lues e Cisternas (2007), problemas na institucionalização de processos de gestão indicam dificuldades dos atores com suas habilidades e conhecimentos técnicos, devido a dificuldades dos mesmos em identificar

sistemas de apoio. No caso do programa interinstitucional proposto pela CIMI, ao se constituir como inovador, ainda não são identificadas experiências similares que possam servir de referência. A falta de referências a projetos semelhantes constituídos dificulta a identificação desses sistemas de apoio. Somam-se a essa situação as ocupações de espaços político-institucionais, em que também se constituem conflitos, dificuldades na construção de acordos para obtenção de cooperação entre as instituições. A busca em priorizar interesses de cada instituição muitas vezes não vai ao encontro de interesses coletivos. Nesse sentido, há necessidade de que acordos sejam tecidos a partir do encontro das zonas de intersecção observadas entre as diferentes necessidades, como dizem Andrade, Dias, Quitella (2001).

Entretanto, há situações novas e outras que, no decorrer dos anos de projeto, foram se agravando e causaram tensão entre as instituições privadas (ITPAC e UNIRG) e a UFT, segundo um entrevistado: *“Hoje nós temos um relacionamento que se respeita, mas existem muitas divergências de coisas que lá atrás tinham sido resolvidas, mas que hoje surgem novamente”*. (E1 RIE)

Tais tensões se devem, em parte, ao entendimento de que a UFT deveria elaborar um “regimento” que contivesse as bases pedagógicas do internato interinstitucional para, enfim, serem incorporadas às matrizes curriculares dos cursos médicos das três instituições. *“A UFT não finalizou o regimento do internato ainda, ela que é a responsável”*. (E6 RGE) Somando-se a essa tensão interinstitucional, o modelo pedagógico que o projeto utiliza para o internato é o da UFT, e assim aumenta a cobrança das outras instituições em construir um documento que evidencie a condução e inserção dos estudantes delas neste processo, como diz um dos entrevistados:

“Essa relação não está bem clara para as três universidades de uma maneira geral, mas de maneira especial as universidades particulares... eu penso que a partir do momento que isso fique claro para essas instituições a gente melhora, se aproxima e estreita laços”. (E4 RIE)

Os membros da Comissão mencionam ainda que existe a intenção em fortalecer o projeto e as relações entre as universidades, mas há pouca

interação entre elas. A SES demonstra vontade institucional em mediar as relações entre as instituições como diz seu representante na CIMI:

Estão querendo acabar o internato interinstitucional. O interesse nosso é que se mantenha, porque foi uma coisa muito difícil de estruturar e assim não é viável acabar, pelo contrário, a gente tem que tentar fazer esse povo acalmar para continuar porque foi um serviço difícil de estruturação... então, a gente pensa nesse sentido porque são profissionais que vão voltar para lá, a gente considera que vai voltar, então, a gente pensa no sentido de formar e receber esse profissional. (E6 RGE)

Um projeto como este é de grande relevância para a aprendizagem institucional, assim como para os sujeitos institucionalizados, e como diz Albuquerque e demais autores (2008), os espaços de interseção entre serviços e ensino necessitam ser reconhecidos como importantes para a formação em saúde e para a consolidação do SUS. Nesse processo de institucionalização da CIMI, a participação como ação coletiva de atores sociais e instituições no sentido de integração para elaboração de proposições, do controle e avaliação do processo de decisão coletiva é fundamental nos projetos e programas interinstitucionais. Segundo Reyes, Lues e Cisternas (2007), participação institucional como uma ação coletiva das instituições em participar dos processos de tomadas de decisões caracteriza-se principalmente pela capacidade de articulação institucional de serviços e setores para tomada de decisões de impacto.

Outro aspecto importante nos processos de institucionalização é a confiança, esta ocorre quando as expectativas entre os membros se estabilizam. Segundo Crubellate (2007), a estabilidade promove certos tipos de respostas entre instituições, nascendo assim uma nova regra social pautada nos padrões institucionalizados como descritos em uma nova lei, política ou plano governamental "político-institucional", podendo ou não alcançar seu êxito, ou afetar o comportamento do sistema.

AVANÇOS E DESAFIOS NA FORMAÇÃO MÉDICA NO TOCANTINS RELACIONADOS AO INTERNATO

Identificaram-se alguns avanços e desafios nas relações político-institucionais. A constituição e funcionamento da CIMI, embora incipiente, podem ser considerados um avanço do internato interinstitucional. Como estratégia, a CIMI permite uma ruptura da incapacidade das instituições de ensino em se adequar à demanda de novos perfis profissionais, descritos por Oliveira e demais autores (2008), por introduzir possibilidades de integração de concepções pedagógicas para desenvolvimento de habilidades e debate crítico para a formação no SUS e para o SUS nos serviços.

A CIMI é também identificada como facilitadora da interação ensino e serviço e busca agregar o serviço na construção do processo ensino-aprendizagem. Outro avanço identificado foi o crescimento do papel da SES nesse processo de formação, não apenas como provedora do estágio, mas como diz Marin e demais autores (2013), possibilitando reflexões sobre o ensino e prática profissional articulando formação e mundo do trabalho. A construção das Portarias nº415 e nº 575 publicadas pela SES que normatizam o uso dos espaços e serviços também é considerada um importante avanço. Essa normatização legitima os estágios como formadores de trabalhadores, estudantes, docentes e gestores para o enfrentamento da complexidade dos cenários de atenção à saúde e sua transformação. Outro avanço identificado foi a incorporação do estudante ao processo de produção do serviço, no sentido de gerar mudanças no processo de formação profissional e nos serviços. Essa diversificação traz uma aprendizagem baseada nas necessidades sociais de saúde e possibilita ao estudante permanecer, durante sua formação, inserido num processo dinâmico de práticas integradas, produzindo conhecimento para os serviços e para a população.

Quanto aos desafios, a opção interinstitucional do internato, embora seja um avanço, também se apresenta como desafio. O programa, ao incorporar três instituições de ensino distintas e com realidades de ensino-aprendizagem diferentes e estudantes distintos, torna-se de difícil institucionalização. Nesse processo, a dificuldade de qualificação da preceptoria se estabelece como um dos desafios para condução da formação no internato. O preceptor, segundo Botti e Rego (2008), é aquele profissional

que não é ligado diretamente às instituições de ensino, mas tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho com função de estreitar a distância entre teoria e prática.

Outro desafio, que também é relacionado à preceptoria, é a não remuneração dos preceptores. Daí, se constituiu um importante desafio, como aponta o estudo de Trajman e demais autores (2009), ao identificar um problema na formação do incentivo aos preceptores via remuneração. Nesse sentido, um dos entrevistados comenta: *“Esses preceptores do município não estavam querendo receber alunos da UFT justamente por quê? Porque o ITPAC paga uma bolsa alta, a UFT não tem condição de pagar essa bolsa, então estava tendo tratamento diferenciado entre alunos da UFT e os alunos do ITPAC”*. (E6 REGE)

No estado do Tocantins, dentre as atribuições dos servidores, não constam atividades relacionadas a formação, qualificação, aperfeiçoamento nos serviços, sendo essas exercidas de forma voluntária para IE, ou, quando remunerado, o servidor pode insurgir à lei funcional e receber processo administrativo por realizar outra atividade remunerada em seu horário de trabalho.

A manutenção da parceria entre as instituições é um grande desafio, pois, para sua manutenção e qualidade, os membros da CIMI identificaram a necessidade de que as instituições sejam conscientes de seus papéis e corresponsáveis na cogestão do internato.

O principal desafio em minha opinião ainda é a fusão dos três projetos que são completamente diferentes na sua essência. Eu acredito que a partir do momento que as três instituições obedecerem às DCNs à risca, aí o que vai acontecer é que não vão existir mais internatos diferentes, no Brasil, todos vão ter os internatos das grandes áreas que são necessárias. (E5 RIE)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar apresentar as contribuições da SES e das três instituições de ensino no internato interinstitucional no estado do Tocantins, este estudo revelou que o mesmo se apresenta como uma importante estratégia de

formação profissional para o sistema único de saúde brasileiro. O papel da secretaria de estado da saúde, enquanto ordenadora da formação de recursos humanos sem necessariamente adentrar no campo ou nas responsabilidades das instituições de ensino, se constituiu de grande importância nesse processo formativo. As relações político-institucionais constituídas no interior da comissão do internato interinstitucional, embora apresentassem dificuldades e desafios na sua conformação, tiveram o propósito de estabelecer regras comuns, necessárias ao estabelecimento do projeto (internato interinstitucional). A Comissão do Internato Médico Interinstitucional ao se constituir como espaço coletivo, aberto, participativo e de luta pelo poder, revela também ambiguidades e contradições, em especial dos representantes institucionais, que no processo participativo lutam ao mesmo tempo por um projeto comum e pela defesa dos projetos das instituições as quais representam. Também foi percebido que a formação em saúde carece de maior inclusão dos profissionais do serviço no processo de formação de futuros profissionais e na sua própria formação. Faz-se necessário também fomento para uma política que possibilite o fortalecimento da articulação entre instituições de ensino e o sistema de saúde no Brasil. As relações entre as distintas instituições de ensino, com currículos diferentes, mas que se dispõem a formular e implementar novo formato de internato, dão um passo para uma possível transformação da formação médica, estabelecendo mudanças nas correlações de forças entre os diversos sujeitos e grupos dentro de cada instituição parceira.

Dois pontos chamaram a atenção neste modelo de internato no que se refere à integração ensino-serviço. O primeiro é a mudança da cultura institucional da SES, que estabelece aos servidores que os serviços de saúde da SES são serviços responsáveis também pelo ensino de profissionais de saúde, proporcionando transformações no interior da instituição. O segundo se refere ao módulo de interiorização dos estudantes "internato rural", que proporciona uma visão diferenciada da formação hospitalocêntrica, fazendo com que os estudantes experimentem outros processos formativos na interação com a comunidade. Nesse e nos outros módulos que compõem o internato reconhecem as possibilidades de um modelo de atenção voltado à integralidade das práticas e ações de saúde, interligando a vivência no hospital, necessária para o aperfeiçoamento da técnica médica, como também junto às famílias, comunidade ou realização

de práticas na atenção básica e nas vigilâncias em saúde. Um ponto a ser considerado é como institucionalizar esse modelo de internato abrangendo todo o estado, inserido ao processo mais cursos de medicina e outras unidades de saúde. Sugerimos novos estudos que possibilitem uma melhor integração com outros cursos de saúde durante a formação profissional, em que os mesmos busquem vivenciar experiências de trabalho no contexto da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Sugerem-se, ainda, estudos acerca da possibilidade de elaboração de um projeto pedagógico similar entre as três instituições envolvidas, visando uma formação mais uniforme desses acadêmicos. Os espaços públicos de saúde para a realização de estágios é uma questão para novas pesquisas pela crescente demanda de instituições de ensino privadas, limitando tais espaços para instituições de ensino públicas, ocorrendo uma disputa entre instituições de ensino públicas e privadas, interferindo diretamente na formação dos internos. Por fim, é preciso estabelecer o alcance do projeto do internato interinstitucional, avaliando seus possíveis resultados, como a fixação desses novos médicos nas cidades do Tocantins e a percepção dos estudantes neste modelo de internato interinstitucional.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista brasileira educação médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=is. Acesso em: 31 jan. 2020.

ALVES, C. R. L.; BELISÁRIO, S. A.; LEMOS, J. M. C. *et al.* Mudanças curriculares: principais dificuldades na implementação do PROMED. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 157-166, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

ANDRADE, J. C. S.; DIAS, C. C.; QUINTELLA, R. H. A dimensão político-institucional das estratégias sócio-ambientais: o jogo Aracruz Celulose S.A. - índios Tupiniquim e Guarani. *Ambiente & Sociedade*, Campinas, n. 9, p. 75-92, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1414753X2001000900005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

BARRETO, I. C. H. C.; RIBEIRO, K. G.; MOREIRA, A. E. M. M. *et al.* Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 22, p. 1365-1376, 2018. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832018000501365&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. P. Supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005022008000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos contratos organizativos de ação pública ensino-saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 148, p. 193-196, 5 ago. 2015. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/05/portaria-inter-1124-2015.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 206 p.1- 4, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/Lei/L12871.html. Acesso em: 31 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 117, p. 8-11, 23 jun. 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 31 jan. 2020

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CSE nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 213, p. 38, 9 nov. 2009a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Portaria

Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 61, p. 75, 1 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf. Acesso em: 31 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha-aprender-sus.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2020.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 477-485, 2011.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008.

CANDIDO, P. T. S.; BATISTA, N. A. O internato médico após as diretrizes curriculares nacionais de 2014: um estudo sobre as escolas médicas no Rio de Janeiro. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 34-45, 2019.

CRUBELLATE, J. M. Três contribuições conceituais neofuncionalistas à teoria institucional em organizações. *Revista de administração contemporânea*, Curitiba, v. 11, p. 199-222, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552007000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 52-59, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022007000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

FRANCO, C. A. G. S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022014000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

GOMES, A. P.; REGO, S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 299-307, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022014000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

LOPES, S. R. A.; LIMA, J. M. F. A parceria universidade-instituição de saúde e sua importância na formação do aluno de graduação em psicologia. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 111-122, 2012.

MARIN, M. J. S.; OLIVEIRA, M. A. C.; CARDOSO, C. P. *et al.* Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 501-508, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022013000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

MATIAS, M. C.; VERDI, M.; FINKLER, M. *et al.* O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 115-127, 2019.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P.; VILLA, T. C. S. *et al.* A relação universidade e serviços de saúde: construindo possibilidades de trabalho. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 17-22, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691997000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

OLIVEIRA, N. A.; MEIRELLES, R. M. S.; CURY, G. C. *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

OLIVEIRA, F. P.; OLIVEIRA, F. P.; SANTANA, J.S. S. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 23, p. 55-79, 2019. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600203&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

OLIVEIRA, F. P.; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa mais médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Revista trabalho, educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 64-78, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462019000100514&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

REYES, P. M.; LUES, M.F.; CISTERNAS, A. S. Análisis político-institucional del sistema de gestión regional: el caso de la región de Tarapacá en Chile. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 309-54, 2007.

SILVA, V. O.; SOARES, C. M.; SANTOS, L. *et al.* Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 296-315, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000700296&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

TRAJMAN, A.; ASSUNÇÃO, N.; VENTURI, M. *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022009000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 12, p. 4241-4248. 2018.

Capítulo 5

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E ABORDAGENS

Paulo Henrique Mendes Teixeira

Liliana Santos

INTRODUÇÃO

A educação possui em si a tarefa social emancipatória, pois é capaz de transformar as pessoas e por consequência o mundo. No dizer de Freire (2011), a educação transforma os homens na perspectiva da emancipação social e os contextualiza em suas dimensões histórica e política, o que abre caminho para a transformação das condições objetivas de vida de indivíduos e comunidades. Ela se constitui objetivando formar seres humanos que caminhem em busca da felicidade individual e coletiva. Desta forma, a educação em saúde se constitui como uma das ferramentas para a transformação social no campo da saúde, tendo como foco a garantia da dignidade da pessoa humana através da promoção da saúde e da objetivação dos direitos humanos fundamentais, que se fazem presentes na autodeterminação e responsabilidade pela própria vida, tendo uma visão de sua existência e das necessidades humanas. (SHIRATORI *et al.*, 2004)

Educar na saúde é, portanto, ir além da assistência curativa, priorizando ações preventivas e promotoras de saúde, reconhecendo os usuários dos serviços de saúde como sujeitos portadores de saberes e condições de vida, estimulando-os a lutarem por mais qualidade de vida e dignidade. (ALVES, 2005)

As ações de promoção da saúde propõem reorientar os serviços de saúde, indo em busca da atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo, e lutando contra as desigualdades através da construção de cidadania. (BRASIL, 2006a) Essas ações estão contempladas na política nacional de promoção da saúde, aprovada pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. (BRASIL, 2006b)

No intuito de fortalecer os vínculos com a população e integrar profissionais e comunidade na busca de maior atuação e atenção aos usuários, foi criada pelo ministério da saúde, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como finalidade estruturar os sistemas municipais de saúde e reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004) Dentre as ações da ESF, emergem as educativas como ferramentas essenciais para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a melhoria da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades.

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação na saúde. (MACHADO et al., 2007) A ESF é operacionalizada por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, todos com atribuições específicas e gerais bem definidas.

Dessa forma, para o desenvolvimento das ações educativas, faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento acerca das condições objetivas de vida e das necessidades de saúde da população, bem como se seus próprios processos de trabalho e de recursos para o desenvolvimento dos mesmos. É essencial que conheçam o olhar do outro, interajam com ele e reconstruam coletivamente saberes e práticas cotidianas. A disseminação do conhecimento e o ato de educar podem ter um papel importante no cotidiano das práticas em saúde, pois atuam como facilitadores das ações de atenção e de promoção da saúde e como norteadores da prevenção e da

redução dos danos. Eles podem interferir positivamente na realidade local e fortalecer o vínculo entre o profissional e a comunidade que ele assiste.

Entretanto, percebemos que a prática educativa nesse âmbito ainda é pautada na visão biologicista, com foco na doença e nos agravos e na intervenção para a cura. São ações que privilegiam a dimensão clínica, pouco considerando os princípios da integralidade e da participação social contemplados no modelo de promoção da saúde. Pode-se supor que esses princípios do SUS se tornaram elementos pouco presentes para a organização dos processos de trabalho dos trabalhadores da saúde no cotidiano da ESF e, por conseguinte, das ações educativas preconizadas por eles.

Diante dessas constatações, o presente estudo propôs como questão central: a investigação acerca da “Educação em Saúde” no contexto da Estratégia Saúde da Família, considerando as concepções, práticas e abordagens das ações desenvolvidas em um município da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. O objetivo geral delineado foi analisar o desenvolvimento das ações de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. Os objetivos específicos foram: identificar a percepção de profissionais da ESF sobre educação e promoção da saúde; descrever as ações de educação em saúde desenvolvidas; e apontar a abordagem predominante no desenvolvimento das ações de educação em saúde.

A lacuna na produção científica acerca das ações educativas e suas relações com a promoção da saúde caracteriza o ineditismo e caráter desafiador deste estudo, considerando as especificidades e peculiaridades do Tocantins que envolvem a cultura local, o acesso à informação, as características/organização da gestão municipal, a formação dos entrevistados, entre outras. Destarte, espera-se que os resultados desta pesquisa tornem visível a realidade da prática educativa, com seus avanços e retrocessos, e sejam substratos para a reflexão dos gestores dos serviços de saúde e dos profissionais da equipe de saúde da família dos cenários desta investigação.

METODOLOGIA

Para responder à questão central do estudo, foi realizada uma pesquisa de campo de caráter qualitativo, do tipo exploratório-descritiva, no

município de Colinas do Tocantins, componente da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia, no estado do Tocantins, com população de 33.981 habitantes (IBGE, 2017), situada na Mesorregião Ocidental do Tocantins, distante 274 quilômetros da capital, Palmas, mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde. Após autorização, os profissionais das equipes de Saúde da Família (enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e Agentes Comunitários de Saúde) foram contatados para agendamento das entrevistas, através da diretoria de Atenção Básica, buscando respeitar a disponibilidade do grupo e a não interferência na rotina de trabalho. Foram entrevistados 12 profissionais, que atuam em cinco das dez equipes de Saúde da Família do município.

O quantitativo de entrevistados foi definido pelo critério de saturação que, segundo Thiry-Cherques (2009, p. 21), "designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado". A escolha dos sujeitos da pesquisa foi feita através de sorteio das equipes e dos respectivos ACS que as compõem. Os ACS foram incluídos na pesquisa, porque acredita-se que estes sejam articuladores do processo de trabalho da equipe por morarem nas suas áreas de atuação, conhecerem bem a comunidade em que vivem e terem maior facilidade de acesso aos domicílios.

Foram incluídos na amostra os profissionais que atuavam exclusivamente na ESF do município, que estavam presentes nos dias da coleta de dados e que concordaram em participar voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado elaborado pelo pesquisador e constituído de duas partes: a primeira com questões objetivas concernentes à caracterização dos participantes; e a segunda com questões abertas que abordaram aspectos relacionados à concepção sobre educação em saúde, aos principais tipos de ação educativa adotados em sua prática e à abordagem predominante nessa prática.

Os profissionais foram entrevistados nas respectivas unidades de saúde de lotação, no período de um mês. Os dados foram coletados por gravação de áudio e tratados segundo a técnica da análise do discurso. Dessa forma, as entrevistas gravadas em áudio foram transcritas e em seguida lidas de modo profundo e exaustivo a fim de eliminar a possibilidade de ilusão da transparência, ultrapassando a interpretação óbvia que o tex-

to apresenta. Os resultados obtidos foram analisados e comparados com a literatura pesquisada para sua discussão.

Para análise e interpretação dos dados, procedeu-se a pré-análise e exploração dos mesmos, com sucessivas leituras seguidas da categorização, que consistiu em isolar os elementos do discurso por núcleos de sentido, que foram agrupados posteriormente considerando sua aproximação com as categorias de análise. Foi realizada a apreciação temática das entrevistas conforme processo de ordenação dos dados, categorização inicial, reordenação dos dados empíricos e análise final. (MINAYO, 1994)

A construção das categorias de análise considerou o objeto do estudo em tela e seus objetivos e buscou dar conta de aspectos percebidos no estudo e não contemplados na literatura.

A categorização temática predefinida a partir da leitura do material teórico de Sérgio Arouca (1975), Paulo Freire (2011) e Carta de Otawa (1986 apud BRASIL 2001) e modificada a partir da análise do conteúdo é apresentada a seguir:

- **Concepções:** dualidade saúde-doença x qualidade de vida e saúde, que versa sobre o entendimento que os profissionais têm sobre educação em saúde e de qual concepção de saúde e doença esse se aproxima.
- **Práticas:** ações e características que tratam dos principais tipos de ações educativas incorporadas no cotidiano desses profissionais, bem como quais as suas características.
- **Abordagem:** modelo preventivista ou promoção da saúde? Descreve de qual modelo de atenção à saúde essas ações se aproximam.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sob Parecer nº 1.446.061/2015. Para a diferenciação dos sujeitos e preservação de sua identidade, os informantes foram identificados com a inicial de sua respectiva profissão, acompanhada de numeral arábico, o qual indica a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em três categorias identificadas *a priori* a partir da aproximação com o referencial teórico e modificadas a partir da análise do conteúdo.

A concepção sobre educação em saúde: dualidade saúde-doença x saúde e qualidade de vida

De acordo com Buss (2000), a saúde contribui para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. É sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população. (BUSS, 2009)

Esta categoria versa sobre as concepções dos profissionais que atuam na ESF acerca das ações educativas desenvolvidas, evidenciando a aproximação destas com a percepção de saúde como qualidade de vida ou saúde como oposto da doença.

Nota-se o predomínio da visão voltada para a prevenção de doenças/agravos, com foco no indivíduo, pautada em ações educativas mais tradicionais, como observado na fala de um médico apresentada abaixo:

Educação em saúde é a maneira de tratar, educar a população, ou seja, a população tem que estar entendendo como fazer para evitar que nessa comunidade tenham muitas doenças, e, às vezes aquele paciente que tem algo como hipertensão arterial, diabetes, alguma doença crônica transmissível e não transmissível, que seja possível educar essa população como fazer para realizar um maior controle de suas doenças, ter conhecimento da doença. (M 11)

Observa-se que o profissional destaca a importância de a população adotar um comportamento voltado para o não adoecimento, garantindo,

desse modo, a manutenção de um estado de saúde equilibrado e livre de doenças. Essa visão centraliza-se na doença e na sua cura, considerando apenas a dimensão biológica e comportamental.

Essa percepção é descrita por Chiesa e Veríssimo (2003 apud ALVES, 2005) quando explicam que o modelo tradicional, historicamente hegemônico, focado na doença e na intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza a prevenção das doenças e prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.

Desta forma, a percepção dos profissionais nas ações educativas preconiza, verticalmente, a adoção de novos comportamentos, como por exemplo: “parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa”. (STOTZ, 1993, p. 11-12)

Seguindo essa concepção, percebe-se que as falas juntam numa mesma frase a ideia de educação e promoção da saúde como sinônimo de prevenção de doenças:

Educação em saúde é educar, trabalhar com a prevenção [...] então assim, eles não vem para informação, não vem pra uma prevenção, eles já vem pra um diagnóstico. A nossa educação em saúde hoje em dia se baseia mais mesmo para que eles se conscientizem de que eles têm que vir na prevenção, que eles têm que vir mesmo antes que o problema tenha se formado, tenha se concretizado. (E 04)

Evidencia-se a busca pela “conscientização” dos indivíduos no intuito de eles atuarem melhor e de forma mais efetiva no autocuidado e na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Os profissionais de saúde ensinam que a “culpa” do adoecimento é sempre de um fator externo. Esse modo de pensar a educação em saúde tem sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido como o “inimigo”. É o caso do cigarro, que causa câncer e doenças coronarianas; do açúcar e do sal, que causam a diabetes e a hipertensão arterial; das gorduras, que causam o aumento do colesterol e o infarto, a obesidade e assim por diante. (LAPLANTINE, 1991)

Para Buss (2003), a prevenção difere da promoção. A prevenção direciona-se para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou causais de grupo de enfermidades ou de uma enfermidade específica. Seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou a precipitam. Nota-se que, além de centrar-se na doença, a educação, nessa categoria, segue um modelo tradicional de imposição de conhecimentos ao paciente.

Destaca-se a forma como os profissionais ainda contemplam a educação em saúde como uma prática institucionalizada com um sentido único profissional-usuário, algo padronizado e estabelecido pela equipe de saúde da família, desconsiderando o contexto sociocultural e as reais necessidades da população: *“Agora a gente já conseguiu colocar alguns dias no nosso cronograma para puericultura com a médica. Aí eu já expliquei pros meninos (ACS) para que eles enfatizem isso bastante pra as pacientes”*. (E 12)

Para Rosso (*apud* ALVES, 2005), as ações educativas ocorrem de forma acrítica, fazendo com que o trabalhador se torne um repassador de informações sem fazer reflexões aprofundadas a respeito das políticas oficiais de saúde. Isso pode ser evidenciado na fala: *“Assim, a pessoa tem aquela cabeça fechada, pensa que saúde é só ausência de doença e a gente tenta colocar na cabeça das pessoas que não é”*. (E 04)

Isso nos faz pensar que as ações educativas realizadas por estes profissionais têm como foco a inferência no comportamento da comunidade. As soluções que os trabalhadores adotam para a desejada “cura da doença” estão focadas num combate ao “inimigo”, que é representado pelo “sal”, pelo “açúcar”, pelo “sedentarismo”, ou seja, as orientações são pautadas, por exemplo, na mudança de dieta: *“Então eles não acreditam muito que se eles deixarem de fumar, se eles deixarem de beber bebidas alcoólicas eles vão estar prevenindo... lavar as mãos com mais cuidado, ajeitar a casa”*. (M 11)

A educação em saúde aponta para a necessidade de amadurecimento, distanciando-se das ações características do discurso higienista, saindo da concepção biologicista, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário para a valorização da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. As ações de saúde amplas e que

respondam às necessidades de saúde da sociedade a partir da atenção aos determinantes gerais da saúde devem ser priorizadas

Neste contexto, as práticas convincentes, a transmissão verticalizada de conhecimento, refletindo no autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos são questionáveis. (FREIRE, 2011) Tornam-se relevantes atitudes de trocas entre os saberes técnico e popular, resultando na reconstrução do olhar sobre saúde, possibilitando uma prática educativa inclusiva e dialógica, que não foi percebida nas entrevistas. Foi possível identificar a educação em saúde numa perspectiva verticalizada, referindo-se à uma prática de reeducação, de transmissão de conhecimento e de controle de doenças: *"Eu acredito assim que seja estar repassando para as pessoas como elas obterem uma vida saudável, aprendendo a lidar com as condições de higiene, como cuidar da higiene pessoal, cuidar da [...] Também como ter um cuidado para não vir adoecer"*. (ACS 09)

Nos diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas na educação em saúde foram pautados por discursos sanitários e higienistas. (AROUCA, 1975) No entanto, a trajetória das práticas e das concepções de educação em saúde tem amadurecido profundamente, evidenciando a necessidade de distanciamento das ações impositivas características destes discursos, visando o cuidado integral.

Apesar dos avanços teóricos e da larga produção de conhecimento acerca da temática ora discutida, constata-se, ainda, nos serviços de saúde, neste caso na ESF, profissionais reproduzindo um modelo biomédico, que situa o usuário à margem do projeto terapêutico, tratando-o como mero receptor de cuidado e ser desprovido de opiniões, vontades, visões, vazios de experiências, vivências, acúmulos, responsabilidades e atitudes.

Da concepção à prática: ações e características

Os principais meios adotados para desenvolver ações educativas, de acordo com a opinião da maioria dos profissionais, foram as reuniões e palestras sobre temas e assuntos diversos, quase sempre demandados pelos profissionais da gestão ou atenção à saúde, corroborando com o descrito anteriormente quando classificamos as ações educativas como uma

prática institucionalizada e padronizada. *“Também trabalho em forma de palestras, né? Sempre é bom... quando eu posso pegar um material para ir mostrar pra eles figuras, demonstrações e tudo eu pego um datashow, coloco eles num lugar mais fechado pra poder mostrar as figuras, tudo, passo pra eles”.* (E 04)

De acordo com Acioli (2008), torna-se necessária uma reorientação das ações educativas através de um processo de planejamento dinâmico, quando os profissionais devem avaliar as ações a serem desenvolvidas, observando a realidade e o interesse da população assistida para definir o melhor método educativo. Sendo assim, as ações de educação em saúde devem ser abordadas como expressão do cuidado, numa proposta de construção compartilhada de saberes que busque interdisciplinaridade, autonomia e cidadania.

A prática dos entrevistados aponta para ações de educação em saúde pautadas na perspectiva normativa e prescritiva. À frente deste processo estão a diretoria da atenção básica do município, do estado e o próprio Ministério da Saúde, encarregados da prescrição de normas com implementação de programas centralizados e intervencionistas com um olhar reducionista e fiscalizador, fazendo uso do poder para garantir “práticas saudáveis” com ênfase na orientação de um modelo biomédico.

A Secretaria e Diretorias sempre estão apontando temas para a gente estar discutindo. E quando eles começam a propor esses temas a gente vai incluindo eles ao longo do tempo. Eles são os maiores... né? (E 04)

Chor (1999) critica esse modelo de educação em saúde devido à desconsideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao tomar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença, todos estes representantes de outras formas de saber.

Observamos que a maioria associou ação de educação e promoção da saúde à realização de palestras e grupos, reforçando a ideia de que os trabalhadores vinculam a educação em saúde à realização de grupos de

saúde: *“Educação em saúde aqui a gente faz através de palestras educativas. Através de grupos”*. (E 12)

São muitas as dificuldades das equipes para efetuar práticas cotidianas de promoção que agreguem ações educativas. Assim, são realizados basicamente trabalhos em grupos com gestantes, hipertensos ou diabéticos, as atividades de educação em saúde são dirigidas de acordo com o programa ou a epidemia do momento.

“Falamos sobre o nosso problema de Dengue, Zika e Chikungunya, no caso Dengue e Zika é que estão mais em alta e Zika é que está assustando mais do que nunca, né? ... a gente sempre escolhe um tema que está em alta”. (E 12)

Segundo Pedrosa (2003), essa concepção científica, que poderíamos chamar de clássica, impregna as ações ditas pedagógicas nos serviços de saúde, com o agravante de serem pontuais e focalizadas nas especificidades de cada programa, intervenção ou situação. Dessa forma, são desenvolvidas ações educativas, por exemplo, para diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes, nutrízes, adolescentes e outros, tipificando cada ser humano com o grau de risco que determinado modo de viver o enquadra. Esse pensamento fica claro quando pergunta-se sobre os tipos de atividades de educação em saúde que são desenvolvidas na rotina da ESF: *“A gente utiliza educação em saúde muito dentro dos programas, programa com a gestante, com o hipertenso, diabético, hanseníase, datas comemorativas como: Outubro Rosa, Novembro Azul, entre outros. A gente percebe que a população vem bastante para essas campanhas educativas”*. (M 07)

Reforça-se nesse depoimento o modelo biológico ou “exógeno” do adoecimento discutido por Laplantine (1991).

Está tendo muito sobre a questão do fumo, então vamos fazer uma palestra sobre isso. Ah, tem o dia mundial de combate ao tabagismo, então vamos organizar. A gente organiza o evento, fala sobre isso. Nas escolas já é bem mais frequente, né? Essa questão aí já é pra ser discutida mensalmente nas escolas, distribuir, fazer escovação, fazer palestras. (CD 05)

É muito comum encontrar atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando

a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as patologias e como cuidar da saúde, desconsiderando o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que ele saiba sobre os determinantes sociais da doença e da saúde. (VASCONCELOS apud VALLA, 2000)

Os profissionais citaram diversas ações que consideram como promotoras de saúde e intersetoriais. A maior parte se referia a ações de educação em saúde do tipo: palestras educativas, visitas domiciliares, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica com flúor e atividades com grupos operativos, realizadas em outros espaços, geralmente em escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino. Outros locais foram mencionados para a realização destas atividades como empresas, entidades comunitárias, serviços que compõem outras secretarias municipais como: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, inclusive a própria unidade de saúde na interação com os programas desenvolvidos pela equipe multiprofissional (hipertensos, gestantes, prevenção do câncer, entre outros).

“Fazemos várias ações de promoção de saúde tipo: palestras, visitas domiciliares. Os dentistas aplicam flúor. Temos os grupos operativos. Enfim..., realizamos essas ações em muitos espaços diferentes, por exemplo: CRAS, escolas, empresas, creches”. (E 12)

Em relação aos parceiros referidos pelas equipes, os mais destacados e citados com maior frequência foram os setores de educação e assistência social, coincidindo com a descrição de Whestphal e Mendes (2000), que relatam que os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.

Abordagem predominante: modelo preventivista ou promoção da saúde?

Esta categoria trata da abordagem predominante no desenvolvimento das ações de educação em saúde citadas pelos profissionais. São o que

compõem o escopo das práticas deles e foram diferenciadas de acordo com a aproximação com os modelos preventivo ou de promoção da saúde.

Percebe-se que o protagonismo na execução das ações de educação em saúde concentra-se nos profissionais de saúde, que tomam a iniciativa de conduzir esse processo a partir da adoção de estratégias e metodologias definidas pelos departamentos e órgãos gestores e pelas próprias equipes, relegando a participação dos usuários, colocando-os na condição de meros expectadores e receptores de informação. Podemos observar essa postura na fala a seguir:

Porque você traz mais a população para perto de você na sua unidade, você consegue fazer a educação deles, e, no meu olhar, eu penso que só vai modificar o Brasil o dia em que a gente tiver pelo menos 80% de população educada. Né? Educada de um sentido geral e amplo, não só de sentar na escola e aprender a ler e escrever, que isso aí é muito fácil, né? [...]. Porque a população cobra muito pouco, porque ela não sabe o que é de direito dela, porque se ela soubesse tinha uma arma na mão. (M 02)

Tomando como base a compreensão sobre educação abordada por Freire (2011) e considerando suas dimensões, observa-se que o profissional de saúde, nesse contexto, deverá assumir o papel de estimulador da capacidade crítica do indivíduo e da população no que tange à sua responsabilização no processo saúde-doença-cuidado, buscando desenvolver características que potencializem essa busca, como: curiosidade, criatividade, inquietação, humildade e persistência. Desse modo, enquanto se ensina, se apreende o conhecimento já existente e se produz conhecimento nas relações estabelecidas com as comunidades e suas necessidades.

A prática da intersetorialidade, por ser um processo difícil e complexo, configura-se um desafio. Foi possível perceber o surgimento de ações potencialmente intersetoriais, mas a maioria delas ainda é centrada na interdisciplinaridade, em uma relação mais próxima dos atores sociais e entre os diversos profissionais dos diferentes níveis de atenção em saúde, mas sem um envolvimento de planejamento que permita o reconhecimento dos diversos saberes e da interlocução de outros setores envolvidos, gerando ações fragmentadas e de pouco impacto.

Então a gente trabalha diretamente com os presos, palestras, fazendo os testes rápidos, vacinação e também temos o CREAS e o CRAS... e o Conselho Tutelar. A gente sempre trabalha junto. Tem algum problema, a gente aciona. Tem o CAPS também (E 01)

As ações qualificadas como intersetoriais referiam-se a ações com evidências de vínculos de corresponsabilidade entre os setores envolvidos. Nesta perspectiva, foram citadas ações de incentivo à alimentação saudável, ao aleitamento materno, combate a doenças e agravos, prevenção ao uso e abuso de substâncias como álcool ou outras drogas, prevenção do câncer de colo de útero, entre outras da mesma categoria: *"A última palestra que a gente fez foi sobre aleitamento materno e alimentação saudável". (E 04)*

Entretanto, na maioria das vezes, estas ações são desenvolvidas de forma isolada, provocando efeitos positivos temporários, mas pouco impactantes em melhorias das condições de saúde da população. Ações de promoção de saúde ampliadas com o envolvimento de toda a comunidade no processo de fazer deste um espaço favorável à saúde são mais efetivas. (MORETTI et al., 2010)

Constatou-se que o foco das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos entrevistados prioriza a visão higienista, pautado na prevenção de doenças e na mudança de comportamento e hábitos de vida do indivíduo, como vemos: *"As ações de educação em saúde esclarecem as dúvidas dos pacientes fazendo com que eles mudem seu modo de vida, assim não contraindo certos tipos de problemas, doenças". (E 01)*

Esta prática é orientada por um discurso biologicista, que reduz a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Essa corrente de pensamento propagava que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelos indivíduos e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiriam a resolutividade dos problemas de saúde. Este discurso predominou no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas. (AROUCA, 1975)

Stachtchenko e Jenicek CZERESNIA; FREITAS, 2009) insistem na tese de que as duas abordagens (promoção e prevenção) são complementares e não excludentes no planejamento dos programas de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequadas e equilibradamente propostas em ambos os campos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar como profissionais da ESF do município selecionado desenvolvem ações de educação em saúde e de qual modelo estas se aproximam, do modelo preventivista ou de promoção da saúde. Também foi possível investigar a percepção desses profissionais sobre promoção da saúde, descrever as ações educativas desenvolvidas pelas equipes e apontar a abordagem predominante, possibilitando concluir que:

- A maioria dos profissionais entende e desenvolve educação em saúde na perspectiva tradicional, focada na prevenção de doenças e na tentativa de mudança de comportamento individual;
- Prática fundamentada no repasse de informações e ênfase no saber técnico e não popular;
- A abordagem dessas ações revela uma postura vertical, impositiva e institucionalizada, com um sentido único profissional-usuário corroborando para a manutenção do modelo preventivista com foco na cura.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2015.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414832005000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 set. 2015.

AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises, Declaração do México*. Brasília, DF: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. v. 7. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf. Acesso em: 9 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano143, n. 63, p.138, 31 mar. 2006b.

BUSS, P. M. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 14, p. 2305-2316, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p. 15-38.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. *A educação em saúde na prática do PSF*. Manual de enfermagem. Brasília, DF: [s. n.], 2001. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem. Acesso em: 17 fev. 2016.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-5, 1999.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 14 jun. 2016.

FERRAZ, F.; SILVA, L.W. S.; SILVA, L. A. A. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, DF, v. 58, n. 5, p. 607-610, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471670500000020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2015.

- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- IBGE. *Cidades*. Versão 4.4.5. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=170550&search=tocantins|colinas-do-tocantins>. Acesso em: 15 jan. 2018.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1991.
- MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2015.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1827-1834, 2010. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700095. Acesso em: 27 jul. 2015.
- PEDROSA, I. I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Entrevista cedida a Radis. *Gices*, [Santa Catarina], 2013. Disponível em: www.gices-sc.org. Acesso em: 20 out. 2015.
- SHIRATORI, K.; COSTA, T. L.; FORMOZO, G. A. et al. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 617- 619, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000500021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2015.
- STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.
- THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista PMKT*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 20-27, 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. Acesso em: 28 set. 2015.
- VALLA, V. V. *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

Parte 2

**MORBIMORTALIDADE
NO TOCANTINS:
CONTRIBUIÇÕES DA
PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA**

Capítulo 6

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA E DA INFECÇÃO CANINA NA ZONA URBANA DE ARAGUAÍNA, TOCANTINS, 2007 A 2014

Ana Ydelplynya Guimarães Amaro

Marcio Natividade

Deborah Daniela M. T. Carneiro

INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV) é uma protozoose sistêmica, de curso lento e crônico, e que mesmo em vigência de tratamento específico pode progredir para o óbito em 5 a 10% dos pacientes. (BRASIL, 2009) Esta enfermidade tropical e reemergente destaca-se entre aquelas mais negligenciadas, por incidir em grupos populacionais de países em desenvolvimento e pobres, e por não serem prioritárias para investimentos em pesquisas científicas, métodos de tratamento e controle. (ALVAR et al., 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) Em recente avaliação epidemiológica de países sabidamente endêmicos para leishmaniose visceral, verificou-se que ocorrem anualmente de 200.000 a 400.000 novos casos com 10% de óbitos, sendo que apenas Índia, Bangladesh, Nepal, Etiópia, Sudão e Bra-

sil concentram mais de 90% destes casos. (ALVAR et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010)

No continente americano, cerca de 90% dos casos de leishmaniose visceral humana (LVH) ocorrem no território brasileiro (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006), onde o cão doméstico (*Cannis familiaris*) é a principal fonte de infecção da *Leishmania infantum*, para vetores flebotomíneos das espécies *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi* nas áreas urbanas. Esta enfermidade zoonótica encontra-se amplamente distribuída no Brasil, cuja autoctonia da transmissão da *Leishmania infantum* já foi confirmada em 1.904 municípios brasileiros do total de 5.561 existentes. (MAIA-ELKHOURI et al., 2008)

Fatores como a expansão geográfica da leishmaniose visceral, o aumento da morbimortalidade e, mais recentemente, a associação da doença com a infecção de HIV, evidenciam claramente a complexidade no controle desta endemia de transmissão vetorial no Brasil e a pouca vulnerabilidade às tecnologias atualmente disponíveis, principalmente quando as estratégias de controle são executadas de forma fragmentada e descontinuada pelo poder público de muitos municípios endêmicos de diferentes regiões geográficas. (COSTA; PEREIRA; ARAÚJO 2008; COSTA; VIEIRA, 2001; MAIA-ELKHOURI et al., 2008; WERNECK, 2008)

Diante do exposto, constatou-se em uma recente análise sobre a situação e impacto epidemiológico das ações de controle das doenças infecciosas no país, que o controle da leishmaniose visceral pode ser considerado um fracasso (BARRETO et al., 2011) ocasionado por escassez de evidências sobre o adoecimento humano que é um problema; a escassez de evidências sobre a causalidade do óbito na leishmaniose visceral humana também é relevante. De novo, o indicador de resultados do programa subsidiado pelo ministério da saúde que tem a letalidade como foco e, apesar do desenvolvimento de escalas de prognóstico de fácil aplicação, ainda são escassas as evidências da sua efetividade para reduzir a letalidade que permanece elevada no país como um todo. (ROMERO, 2016)

Durante o período de 2000 a 2014, foram confirmados 49.446 casos de leishmaniose visceral humana, com valores médios de 3.298 casos/ano (BRASIL, 2015a), com incidência variando de 1,4 a 2,9 de 100.000 habitantes (BRASIL, 2015b), e letalidade de 3,2 a 8,6 %. (BRASIL, 2015c) Apesar da dispersão geográfica da doença e o aumento de casos autóctones nas

regiões Centro-oeste, Sudeste, e mais recentemente no Sul, a maior concentração de registros continua no Nordeste, com 58,1% (28.735/50.922) dos registros, seguido pela região Norte com 17,4% (8.589/50.922) (BRASIL, 2015a; COSTA; PEREIRA; ARAÚJO, 1990; COSTA; PEREIRA; ARAÚJO, 2008) A mesma situação era evidenciada em relação à incidência em ambas as regiões, entretanto, a partir de 2005 e até o ano 2013, o Norte passou a apresentar as maiores taxas desse indicador, alcançando seu pico em 2007 com 5,5 casos/100.000 habitantes, sendo cerca de 1,7 vezes maior em comparação com o Nordeste e 2,9 vezes maior que o do Brasil. (BRASIL, 2015b)

Tal cenário epidemiológico estabelecido no norte do país, foi fortemente influenciado pelo estado do Tocantins (desmembrado de Goiás, em 1989), onde os casos já ocorriam de forma esporádica e focalizada e, principalmente, em Palmas (TOCANTINS, 2003), que desempenha importante papel de interligação entre a região central do país e o extremo-norte, nordeste e sudeste, atraindo assim grande e rápido fluxo de migrantes (intra e interestadual) para ocupação de seu vasto território, o que contribuiu para o agravamento e/ou ampliação de seus problemas de saúde pública, a exemplo da leishmaniose visceral. (BRASIL, 2004; GLÓRIA, 2006; LIRA, 1995; TOCANTINS, 2012) As taxas de incidência dessa parasitose no estado foram as mais elevadas do país de 2000 a 2014, alcançando seu maior valor em 2011 com 34,8 casos/100.000 habitantes, cerca de 17 vezes maior que a do Brasil e 7 vezes que a da região Nordeste. (BRASIL, 2015b)

Como consequência do crescimento demográfico no estado do Tocantins, ocorreu uma intensa antropização sobre a cobertura vegetal primária (cerrado) e/ou secundária no processo de ocupação dos espaços, desestabilizando os ecótopos naturais e aproximando os vetores e reservatórios silvestres dos cães domésticos, e também do homem. (GLÓRIA, 2006; TOCANTINS, 2010; 2012)

Essas áreas de ocorrência endemo-epidêmica da leishmaniose visceral no estado Tocantinense, são profundamente marcadas pela formação de adensamentos populacionais e presença de cães infectados pela *Lutzomyia-infantum*, especialmente em áreas de periferia, que exibem características de transição entre o meio rural e urbano, como a presença de fragmentos de vegetação nos espaços em processo de ocupação,

péssimas condições de habitação e escassez de serviços públicos, criação de animais domésticos no peridomicílio, dentre outras (JAYME et al., 2016; TOCANTINS, 2010) que favorecem a adaptação e permanência do *Lutzomyia longipalpis*.

Nesse estado, que é subdividido político-administrativamente em oito regiões de saúde, destaca-se a Médio Norte Araguaia, que engloba 17 municípios da área norte, que concentram mais da metade do total de casos registrados no período de 2005 (51,3%). Dentre os municípios que compõem essa região de saúde, o município de Araguaína (situada a 390 km de Palmas) é o de maior importância epidemiológica para a doença por apresentar transmissão endemo-epidêmica desde o ano 2000, demonstrando o maior número de casos de leishmaniose visceral humana (média de 160 casos/ano) além de umas das maiores taxas de incidência do estado (34,8/100.000 habitantes), constituindo-se em permanente preocupação para os órgãos de saúde. (BRASIL, 2006; TOCANTINS, 2012)

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo ecológico, tendo como unidades de análises os setores censitários da zona urbana de Araguaína/Tocantins e o ano calendário, de 2007 a 2014. O município de Araguaína está localizado na região norte do estado do Tocantins, a 390 quilômetros da capital, entre a latitude sul (-07°11') e longitude oeste (-48°12"). A população estimada é de 150.520 mil habitantes em uma área de 4.000,416 km² e densidade demográfica de 37,6 hab./km². (BRASIL, 2010) A temperatura média anual é de 32°C, com mínima em torno de 20°C. O período de chuva concentra-se nos meses de novembro a maio, com precipitação pluviométrica média anual de 1.750 mm e a estação seca ocorre entre os meses de junho a outubro. A vegetação é constituída predominantemente por floresta amazônica e cerrado. (IBGE, 2011)

O município representa um importante entroncamento rodoviário conectando as regiões norte e nordeste através dos estados do Pará, Maranhão e Piauí, favorecendo um grande fluxo migratório. Tornando o município vulnerável ao surgimento de surtos de diversas doenças infecciosas.

Desta forma, os casos de leishmaniose visceral humana procedentes da zona urbana de Araguaína e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 a 2014, e dados da vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Araguaína (SMSA), de onde extraíram-se dados sobre: endereço do paciente, sexo, idade, ano do diagnóstico, óbito e cura. Com base nos critérios de classificação para áreas de risco para ocorrência da referida protozoose, preconizado pelo programa de controle da leishmaniose visceral, a partir da média de casos humanos dos últimos três anos (BRASIL, 2006), foram disponibilizados, pela SMSA, mapas com a estratificação dos bairros em áreas de transmissão intensa (média $\geq 4,4$ casos), moderada (média $\geq 2,4$ e $< 4,4$), esporádica (média $< 2,4$ casos) e áreas sem transmissão.

Os dados de infecção canina (IC) por *L. infantum* e da prevalência de IC, de 2007 a 2014, foram fornecidos pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), contendo o número de animais examinados, número de animais sororeagentes, número de animais sororeagentes eutanasiados e ano de diagnóstico. Já a malha cartográfica foi digitalizada da área urbana de Araguaína, em arquivo *shapefile*, sendo obtida no censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constituída por 111 bairros. (IBGE, 2011)

Foram calculadas as taxas médias de incidência e de mortalidade da leishmaniose visceral humana por 100.000 habitantes e a prevalência de infecção canina para os anos e para o período. Além disso, calculou-se a letalidade da doença para o municípios. Foi calculada a correlação de Pearson para verificar associação entre as taxas de incidências de leishmaniose visceral humana e as prevalências de infecção canina, assumindo-se nível de confiança de 95%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

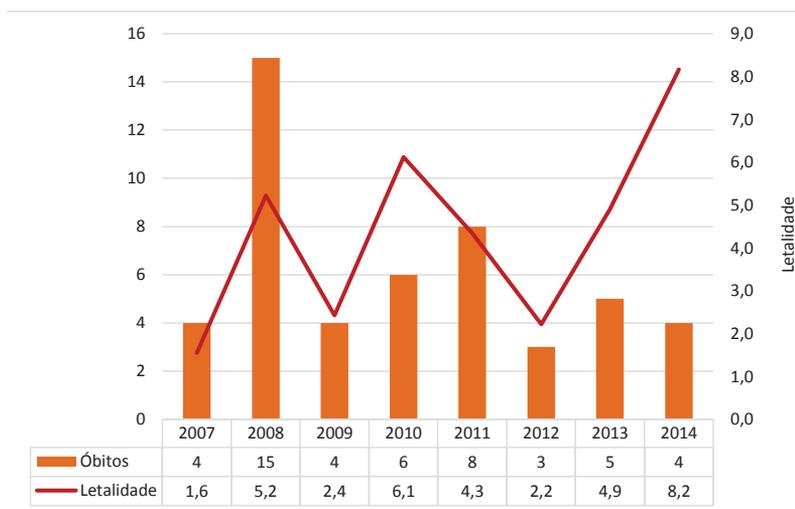
Nos anos de 2007 a 2014, período de estudo, foram diagnosticados, na zona urbana de Araguaína, 1.278 casos de leishmaniose visceral humana, com média de 160 casos por ano, uma incidência média de 77,2/100 mil habitantes (hab.). Verificou-se que 56,8% (724/1.278) dos casos foram do sexo masculino, uma incidência no período de 88,7/100 mil habitantes.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas proporções de casos em relação ao sexo ($p=0,54$).

A idade dos acometidos variou entre dois meses e 77 anos. Sendo que 64,3% (822/1.278) dos indivíduos eram menores de 15 anos. Dentre os maiores de 15 anos, a faixa-etária de 15 a 19 anos correspondeu a 5,9% (76/1.278), adultos entre 20 a 59 anos totalizaram 25,2% (332/1.278) e idosos a partir de 60 anos representaram 4,5% (58/1.278) dos registros.

Do total dos casos diagnosticados, 3,8% (49/1.278) doentes evoluíram clinicamente para óbito, uma taxa de mortalidade de 6,0/100 mil habitantes, os anos de 2008 e 2011 apresentaram as maiores proporções em relação ao número de óbitos 30,6% (15/49) e 16,3% (8/49), respectivamente. As maiores taxas de letalidade foram observadas para os anos de 2010 (6,1%) e 2014 (8,2%), Figura 1 e, em indivíduos do sexo masculino, com 61,2% (30/49) e faixa-etária de 0 a 1 ano, com 40,8% (20/49).

Figura 1 - Óbitos por leishmaniose visceral e letalidade na área urbana de Araguaína/Tocantins, 2007 a 2014

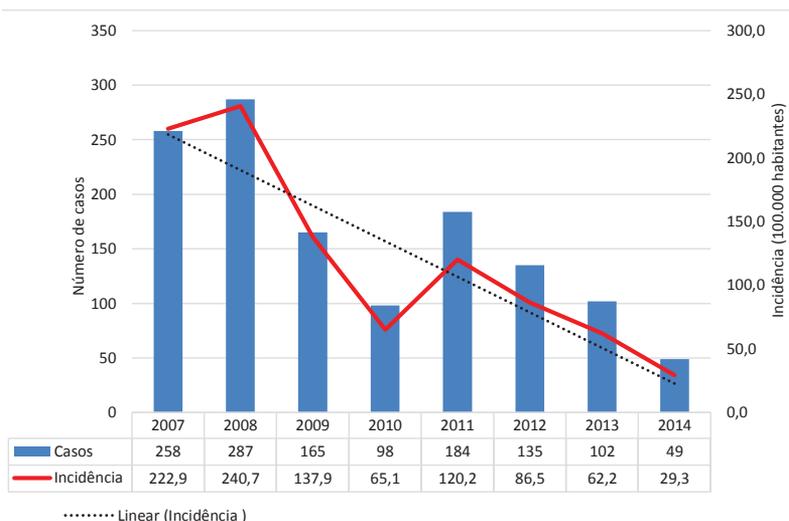


Fonte: adaptado de Brasil (2014).

No que diz respeito à evolução temporal da incidência da doença nos anos estudados, há variações nas taxas brutas de incidência anuais, alcançando valores mais elevados nos biênios 2007/2008, com diminuição nos anos de 2009/2010, elevando-se novamente em 2011 e com redução

nos três anos finais (Figura 2). Houve tendência de redução média, incidência (-27,3 ao ano) estatisticamente significativa ($p=0,017$).

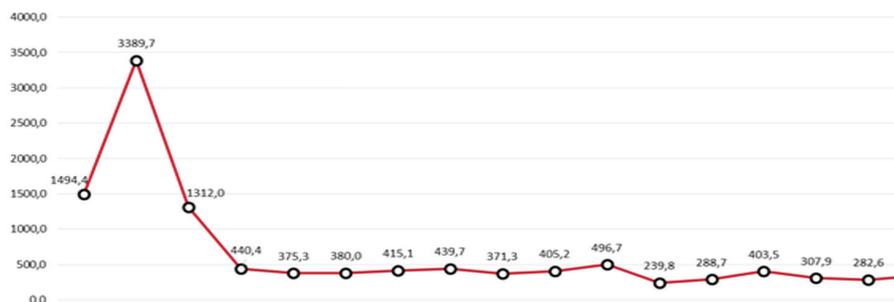
Figura 2 - Casos de leishmaniose visceral e incidência (100.000 habitantes) na área urbana de Araguaína/Tocantins, 2007 a 2014



Fonte: adaptado de Brasil (2015a).

Avaliando a incidência por sexo e faixa-etária ao longo do tempo, constata-se o maior risco de adoecimento em pessoas do sexo masculino (955,2/100 mil habitantes) e menores de 15 anos (203,7/100 mil habitantes), em especial, o grupo de 5 a 9 anos (3.389,7/100 mil habitantes).

Figura 3 - Incidência de leishmaniose por faixa etária (100.000 habitantes) na área urbana de Araguaia/Tocantins, 2007- 2014

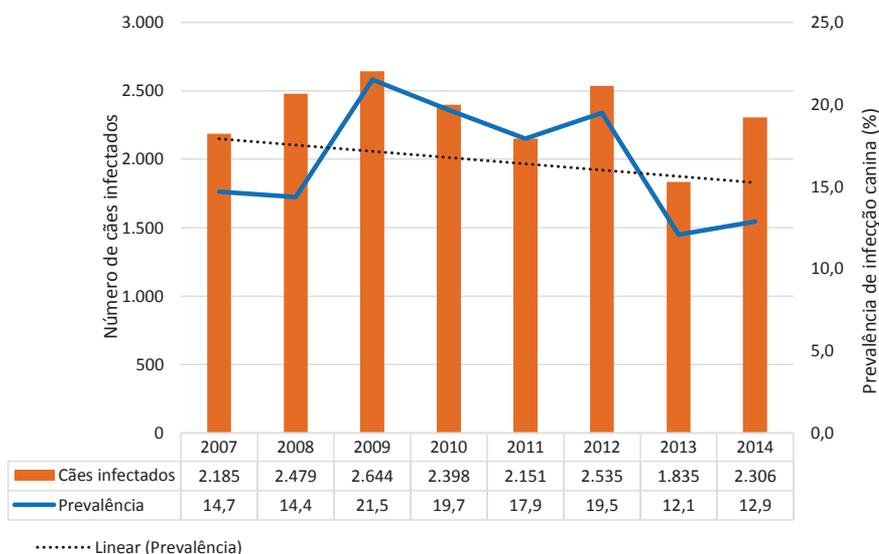


Fonte: adaptado de Brasil (2015a).

No que se refere aos dados caninos, foram detectados durante inquéritos sorológicos conduzidos pelo CCZ/SMSA, na zona urbana de Araguaína, 18.533 cães infectados pela *L. infantum* do total de 53.955 animais examinados, com uma média de 2.316 animais/ano e prevalência de 16,2% para os oito anos do estudo.

Dentre os animais diagnosticados como sororreagentes, 15.224 foram eutanásia. Observa-se variação anual no número de animais infectados e da prevalência canina, com aumento de ambos a partir de 2008 até atingirem seus maiores patamares em 2009, ocorrendo decréscimo no biênio seguinte e voltando a aumentar em 2012, quando então voltam a decrescer e alcançam os menores valores do período em 2013, voltando a aumentar no ano seguinte (Figura 4). Verificou-se tendência de redução média na prevalência canina de -4.33 ao ano, entretanto, não foi estatisticamente significativa ($p=0,232$).

Figura 4 - Cães infectados por *Leishmania infantum* e prevalência de infecção canina na área urbana de Araguaína/Tocantins, 2007 a 2014

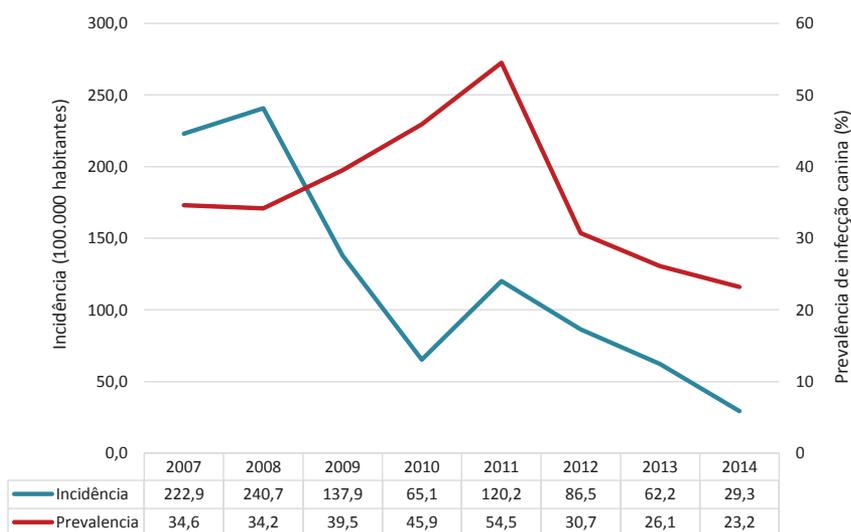


Fonte: adaptado de Brasil (2015b).

Na comparação da incidência da LVH e da prevalência da infecção canina, observa-se certa irregularidade entre eles até o ano de 2010 (Fi-

gura 5). Como foi visto anteriormente, os maiores patamares da incidência humana ocorreram em 2007/2008, com queda abrupta no biênio seguinte, novo crescimento em 2011 e declínios contínuos em ambos os indicadores, nos últimos quatro anos da série. Verificou-se a existência de correlação linear positiva entre a prevalência de infecção canina e a incidência de LVH ($r=0,621$) (Figura 6).

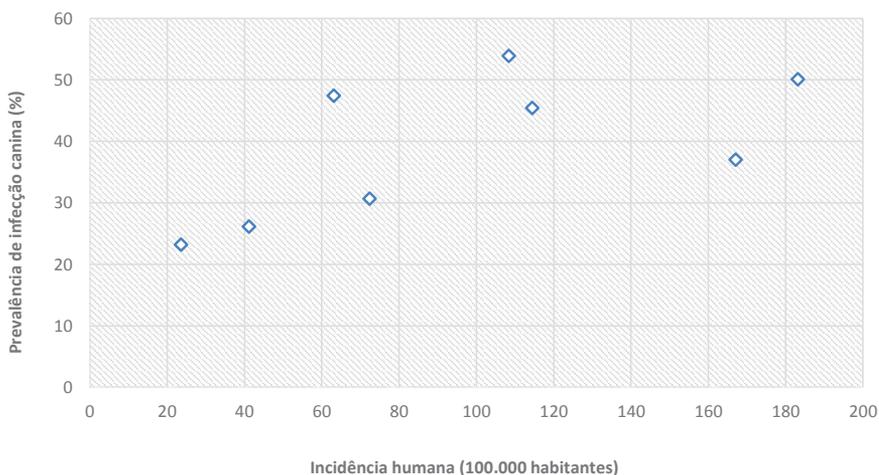
Figura 5 - Incidência da LVH e prevalência de infecção canina na área urbana de Araguaína/Tocantins, 2007 a 2014



Fonte: adaptado de Brasil (2015b).

Em relação à distribuição geográfica da LVH na cidade de Araguaína, verifica-se a ocorrência de casos em 81,1% (90/111) dos bairros. Com base na classificação de áreas de transmissão, no período estudado, o percentual de bairros com transmissão intensa foi de 7,3%, de transmissão moderada 11% e de transmissão esporádica 10,14%. Analisando a distribuição espacial dos casos de leishmaniose visceral humana por bairro, podemos constatar que os bairros mais atingidos foram aqueles localizados nas regiões norte, nordeste, centro e sul em áreas periféricas, formando uma espécie de cinturão caracterizado pelas mais altas densidades populacionais, baixa renda e infraestrutura precária, ocupação recente e péssimas condições de vida.

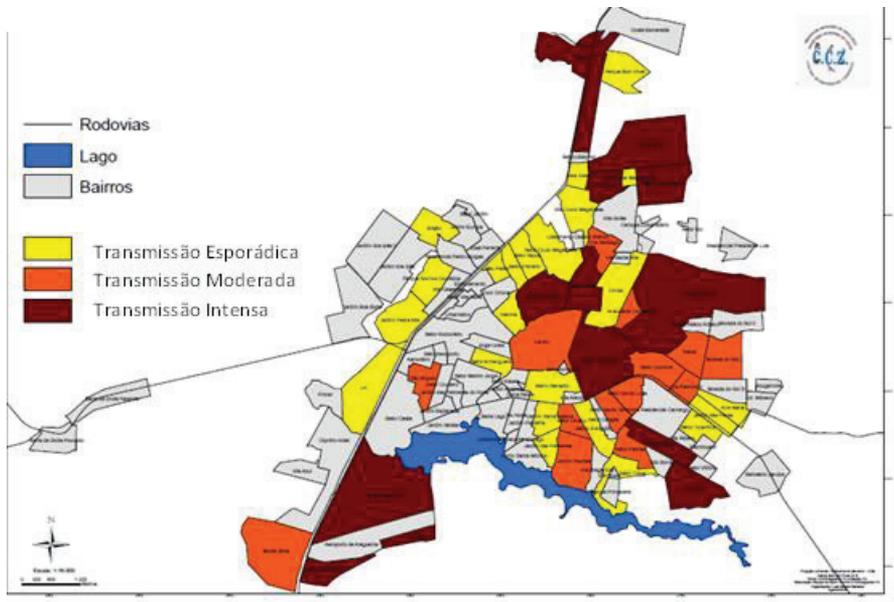
Figura 6 - Diagrama de dispersão da relação entre a prevalência de infecção canina por *Leishmania infantum* e a incidência de leishmaniose visceral humana (100.000 habitantes) na área urbana de Araguaína/Tocantins, de 2007 a 2014



Fonte: Fonte: adaptado de Brasil (2015c).

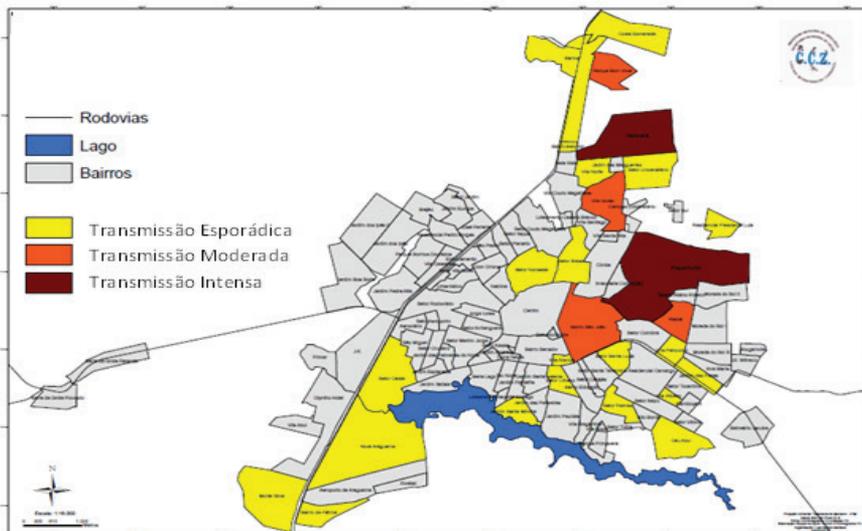
Com base nos mapas anuais de classificação de áreas de risco para a LVH observou-se que no início do período estudado – 2007-, há uma concentração de casos na região norte do município, cujos bairros encontram-se classificados como locais de transmissão esporádica, moderada e intensa (Figura 7). Em 2014, o percentual de bairros classificados como de transmissão moderada e intensa diminuiu, mantendo-se concentrados na região norte do município, enquanto que os bairros com transmissão esporádica correspondem a maioria e estão amplamente distribuídos nas regiões norte, centro, leste, sul e sudeste da cidade (Figura 8).

Figura 7 - Classificação das áreas de transmissão para leishmaniose visceral humana na área urbana de Araguaína/Tocantins em 2007



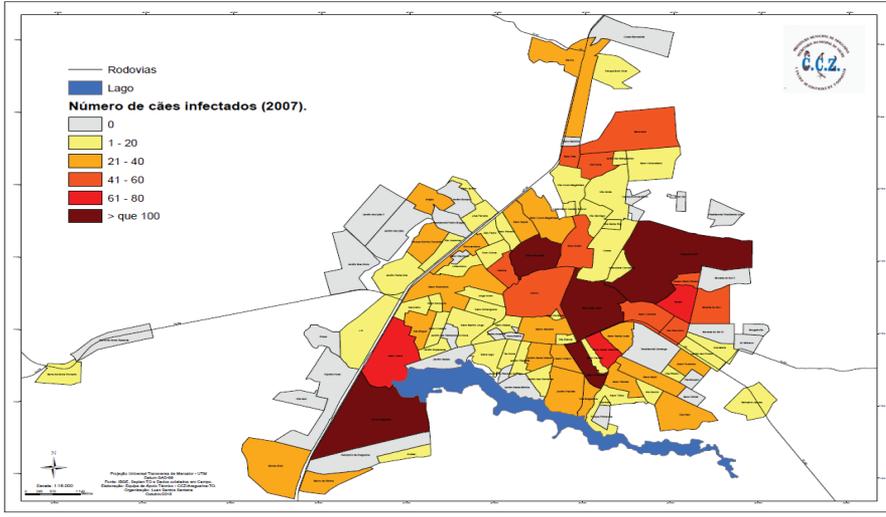
Fonte: adaptado de Araguaína (2016).

Figura 8 - Classificação das áreas de transmissão para leishmaniose visceral humana na área urbana de Araguaína/Tocantins em 2014



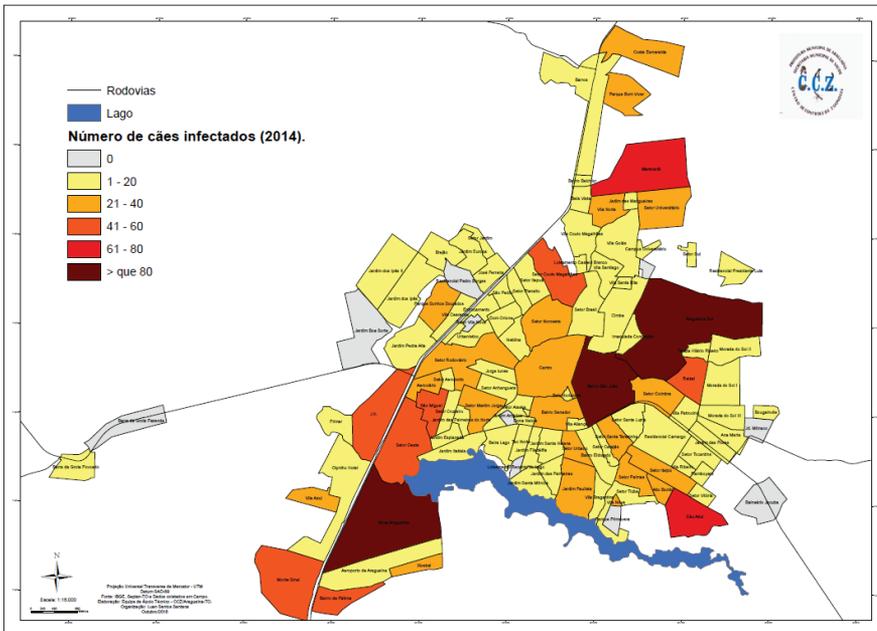
Fonte: adaptado de Araguaína (2016).

Figura 9 - Distribuição geográfica de cães infectados pela *Leishmania infantum* por bairros da área urbana de Araguaína/Tocantins em 2007



Fonte: adaptado de Araguaína (2016).

Figura 10 - Distribuição geográfica de cães infectados pela *Leishmania infantum* por bairros da área urbana de Araguaína/Tocantins em 2014



Fonte: adaptado de Araguaína (2016).

A análise da distribuição geográfica dos cães infectados, em 2007, revelou uma maior concentração desses animais nos bairros do centro-leste da cidade. Este perfil manteve-se até o último ano do estudo (2014), acrescentando-se alguns registros da infecção canina em bairros da região leste (Figuras 9 e 10).

A partir dos achados, a leishmaniose visceral humana se caracteriza como um problema de saúde pública que persiste no município de Araguaína. A elevada incidência da doença em crianças demonstra uma maior suscetibilidade neste grupo, que pode estar associada à imaturidade celular relativa, agravada pelo quadro de desnutrição comumente encontrado em áreas endêmicas e por uma maior exposição ao vetor. (BRASIL, 2009) Para Mestre e Fontes (2007), a maior concentração de casos nesta faixa etária reforça a observação de que a transmissão da *Leishmania infantum* ocorre mais no domicílio e intradomicílio, considerando que o vetor flebotomíneo se adapta bem a essas áreas alteradas pelo homem e, principalmente, onde existem presença de outros animais como fontes alimentares. (ANDRADE- FILHO et al., 2001; MESTRE; FONTES, 2007)

Araguaína apresentou um coeficiente de letalidade de 5,4% e 49 óbitos no período analisado, com média de 5,8 óbitos por ano. Este valor, apesar de ser considerado elevado, encontra-se dentro da média observada no país. (TOCANTINS, 2010) Verifica-se que a letalidade foi maior em crianças quando comparado com os adultos e idosos. Assume-se que os óbitos por leishmaniose visceral sejam evitáveis, já que a maior parte dos casos com manifestações clínicas evoluem para cura quando o tratamento adequado é feito oportunamente. Entretanto, mais da metade dos óbitos no estado podem ser atribuídos ao diagnóstico tardio dos pacientes e em idade mais avançadas possivelmente pela presença de comorbidades.

Já no biênio 2007/2008 foi registrado o maior número de casos da série, seguido de 2011. A diminuição dos casos da LVH no período de 2009 e 2010 possivelmente ocorreu em consequência da intensificação das ações de controle da doença e a eutanásia de cães positivos. Já o aumento em 2011 pode ter sido decorrente da descontinuidade das ações de controle, a rápida substituição do cão, ou pelo período de incubação da doença no cão que, mesmo não apresentando sintomas, pode transmitir a doença ao homem, e, por fim, a demora no diagnóstico. A diminuição na incidência da leishmaniose visceral em humanos, observada ao

final do período, pode ser atribuída às ações de controle e intensificação da busca ativa dos cães doentes e eutanásia dos mesmos, bem como da distribuição de coleiras impregnadas com deltrametrina a 4%.

Analisando os achados na população canina e humana, observa-se que a prevalência canina no município é elevada, assemelhando-se aos resultados encontrados em outros municípios considerados de transmissão intensa, o que contribui para a alta incidência humana. Corroborando com essa observação, estudos realizados no estado de Minas Gerais (XAVIER-GOMES et al., 2009) e nas cidades do Rio de Janeiro (RJ) e de Bauru (SP) (MARZOCHI; MARZOCHI; CARVALHO, 1994; ORTIZ, 2015) reforçam a ideia de que a transmissão da LV é mais intensa no ambiente peridomiciliar e intradomiciliar, considerando que nestes ambientes a possibilidade de contato com cães, principal reservatório doméstico, é muito maior. Os valores altos de prevalência e de incidência demonstram a presença de fatores de risco no município que favorecem a expansão da doença entre os animais e aumentam a chance de transmissão ao homem.

Em 2009, observou-se que houve aumento da prevalência canina, atribuído possivelmente à intensificação na busca ativa dos cães através do inquérito sorológico canino, seja pelo recolhimento desses animais em bairros com maior incidência humana ou mesmo pelo encaminhamento dos mesmos por seus proprietários ao CCZ. A prevalência da infecção canina varia conforme a presença de diversos fatores, tais como: condições de moradia e do peridomicílio que determinam a abundância do vetor. Quando estão presentes as condições favoráveis para a transmissão da doença, tais como grande densidade do díptero vetor e alta densidade do hospedeiro canino, a infecção espalha-se rapidamente e extensivamente entre a população canina e conseqüentemente entre os humanos. (QUINNEL et al., 1997; OLIVA et al., 2006)

A elevada soroprevalência da infecção canina, aqui observada, assemelha-se à encontrada também em Juatuba-MG, por Borges e demais autores (2014). Ambos os estudos estão relacionados à visível expansão do ambiente urbano que vem ocorrendo nestes municípios, associado às alterações provocadas pela ocupação humana desordenada, baixa condição socioeconômica e elevado grau de vulnerabilidade, com precárias condições de saneamento básico, principalmente na periferia das cidades, mas percebido também em algumas áreas de bairros centrais,

colaborando assim com a disseminação da transmissão da leishmaniose visceral na região.

Em relação à correlação entre a prevalência de infecção canina e incidência de LVH, observou-se que, à medida que a prevalência da infecção canina aumenta, a incidência humana também aumenta. Diante disto, torna-se necessária a intensificação da adoção de medidas preventivas como o saneamento ambiental e de controle químico do vetor e da doença em cães.

A análise da distribuição espacial da LV revela que em todo o município existe o risco de adoecer por essa parasitose, observando-se elevadas incidências, especialmente, em áreas periféricas da cidade que exibem maior vulnerabilidade devido ao crescimento desordenado e intensa circulação do vetor. Estas são características dos bairros mais populosos do município, como o São João, Maracanã, Araguaína Sul, Nova Araguaína, Raizal, Itaipú, Barros e Universitário.

Os bairros que apresentaram maior prevalência de infecção canina são os mesmos bairros que apresentaram as maiores incidências em humanos, localizados em torno da cidade, caracterizando-se pelo intenso aglomerado populacional com características de maior suscetibilidade devido à baixa condição socioeconômica e precária infraestrutura e saneamento básico, resultando em maior vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da situação epidemiológica da LV humana em Araguaína revelou que a mesma acomete indivíduos de várias faixas etárias, com destaque para aqueles com idade entre cinco e nove anos, do sexo masculino. Entretanto, os casos que evoluíram para óbito, concentram-se entre crianças, jovens e adultos com idades variadas. A prevalência da infecção canina da *L. infantum* na cidade de Araguaína foi alta e encontra-se correlacionada com a incidência em humanos, portanto, até que se disponha de medidas mais eficazes se fazem necessárias a busca ativa dos animais infectados que transitam, ou que fazem parte do convívio familiar, e sua rápida remoção do domicílio após detecção da infecção.

Os bairros periféricos apresentaram elevada incidência e prevalência da infecção canina, mas que bairros centrais também apresentam registro da doença em algumas áreas. Percebeu-se que a descontinuidade das ações, a vulnerabilidade social, a rápida substituição do cão no domicílio onde se detectou cão soropositivo e as péssimas condições de vida em algumas áreas podem estar colaborando para manter a cidade uma região endêmica para a doença no homem e no cão.

Portanto, faz-se necessário que todos os envolvidos no combate a leishmaniose visceral no referido município, diante dos dados demonstrados neste estudo, realizem uma reflexão e que possam ser agentes de mudanças, elaborando ações proativas, propositivas com eficiência e eficácia de uma forma contínua e transformadora que permita abrir espaços para o debate responsável e consciente, sobre a possibilidade de introdução racional e criteriosa de novas estratégias de controle que atualmente estão em discussão, defendidas por muitos autores sobre o assunto, avaliando a região onde esta protozoose se faz presente e letal, senão buscar por estratégias preventivas, tais como: a vacinação canina, o tratamento canino, a eutanásia seletiva de cães sintomáticos e o uso de inseticidas com efeito residual prolongado, dentre outras levando em consideração também a extrema potencialidade de risco de infecção para a população humana; dos fatores de risco que podem acarretar devido à resistência de *Leishmania infantum* aos medicamentos disponíveis, da possibilidade de toxicidade aos inseticidas com efeito residual prolongado e do custo/benefício de oportunidade da implementação de uma ou mais destas estratégias em processo de reformulação, possibilitando qualidade ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ALVAR, J.; VÉLEZ, I. D.; BERN, C. *et al.* Leishmaniasis and poverty. *Trends parasitology*, New York, v. 22 n. 12, p. 552-557, 2006.

ALVAR, J.; VÉLEZ, I. D.; BERN, C. *et al.* Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS ONE*, San Francisco, CA, v. 7, n. 5, p. 356-371, 2012.

ANDRADE-FILHO, J. D.; VALENTE, M. B.; ANDRADE, W. A. et al. Flebotomíneos do Estado do Tocantins, Brasil (Díptera: Psychodidae). *Revista da sociedade brasileira de medicina tropical*, Rio de Janeiro, v. 34, p. 323-329, 2001.

ARAGUAÍNA (TO). Centro de Controle de Zoonoses de Araguaína. *Conexão Tocantins*, [Palmas], 2016. Disponível em: <http://araguaina.conexaoto.com.br/tag/secretaria-municipal-de-saude>. Acessado em 10 de abr. 2016

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I. et al. Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The lancet*, Boston, p. 47-60, 2011.

BORGES, L. F. N. M.; LOPES, E. G. P.; FREITAS, A. C. P. et al. Prevalence and spatial distribution of visceral leishmaniasis in dogs Juatuba, Minas Gerais, Brasil. *Ciência rural*, Santa Maria, v. 44, n. 2, p. 352-357, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Casos confirmados de Leishmaniose Visceral. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2014. *Portal Arquivos de saúde*, Brasília, DF, 2015a Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LV-Casos.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coeficiente de incidência de Leishmaniose Visceral, por 100.000 habitantes. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2014. *Portal Arquivos de saúde*, Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LV-Coef-Incid-ncia.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Evolução temporal das doenças de notificação compulsória no Brasil de 1980 a 1998*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Letalidade de Leishmaniose Visceral. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 2000 a 2014. *Portal Arquivos de Saúde*, Brasília, DF, 2015c. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/LV-Letalidade.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. População do Tocantins. *DATASUS*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 18 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coeficiente de incidência de leishmaniose visceral, por 100.000 habitantes. Brasil, grandes regiões e unidades federadas. 1990 a 2011. *Portal Arquivos de saúde*, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos básicos de saúde).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e manuais técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose*. Brasília, DF: 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2004: uma análise de situação de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- COSTA, C. H. N.; PEREIRA, H. F.; ARAÚJO, M. V. Characterization and speculations on the urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2959–63, 2008.
- COSTA, C. H. N.; PEREIRA, H. F.; ARAÚJO, M. V. Epidemia de leishmaniose visceral no estado do Piauí, Brasil, 1980-1986. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 361–72, 1990.
- COSTA, C.H.N.; VIEIRA, J.B.F. Mudanças no controle de leishmaniose visceral no Brasil. *Revista de Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, p. 223-228, 2001.
- GLÓRIA, M. R. B. *Leishmaniose visceral: situação epidemiológica e distribuição espacial, município de Palmas, Tocantins*. 2006. Dissertação (Mestrado em Profissional em Vigilância e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.
- IBGE. *Resultados do censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_tocantins.pdf. Acesso em: 20 mar. 2016.
- JAYME, M. S.; WANDERLEI, C. L.; MOURA, F. F. M. et al. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose visceral em Palmas, Tocantins, no período de 2007 – 2014. *Revista de patologia Tocantins*, Palmas, v. 3, n. 1, p. 61-69, 2016.
- LIRA, E. R. *A gênese de Palmas-Tocantins*. 1995. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 1995.

- MAIA-ELKHOURY A. N. S.; ALVES, W. A.; SOUSA-GOMES, M. L. *et al.* Visceraleishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2941–2947, 2008.
- MARZOCHI, M. C. A.; MARZOCHI, K. B. F.; CARVALHO, R. W. Leishmaniasis visceral in Rio de Janeiro. *Parasitol today*, Amsterdam, v. 10, n. 1, p. 37-40, 1994.
- MESTRE, G. L. C.; FONTES, C. J. F. A expansão da epidemia da leishmaniose visceral no Estado de Mato Grosso, 1998 – 2005. *Revista da sociedade brasileira de medicina tropical*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 42-48, 2007.
- OLIVA, G.; SCALONE, A.; FOGLIA-MANZILLO, V. *et al.* Incidence and time course of *Leishmania infantum* infections examined by parasitological, serologic, and nested-PCR techniques in a cohort of naive dogs exposed to three consecutive transmission seasons. *Journal of clinical microbiology*, Washington, DC, v. 44, p. 1318-22, 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Informe final de la reunión de expertos OPS/OMS sobre leishmaniasis visceral en las américas*. Rio de Janeiro: Panafotosa, 2006.
- ORTIZ, R. C.; ANVERSA, L. Epidemiology of visceral leishmaniasis in Bauru, São Paulo, Brazil, 2004-2012: a descriptive study. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2015.
- QUINNELL, R. J.; COURTENAY, O.; GARCEZ, L. *et al.* The epidemiology of canine leishmaniasis: transmission rates estimated from a cohort study in Amazonian Brazil. *Parasitology*, Cambridge, v. 115, p. 143-156, 1997.
- ROMERO, G. A. S. O controle de leishmaniose visceral no Brasil: transformar é preciso. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-3, 2016.
- TOCANTINS. Análise de situação de saúde no estado do Tocantins 2007 a 2012. *Portal da saúde*, [Palmas], 2012. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 18 maio 2017.
- TOCANTINS. *Anuário estatístico do estado do Tocantins – Sistema Estadual de Planejamento e Meio Ambiente*. [Palma]: SEPLAN, 2003.
- TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2015.
- TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Coordenação de Doenças Vektoriais e Zoonoses Núcleo das Leishmanioses. *Informe entomológico das leishmanioses*. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.saude.to.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=999999&task=finish&cid=1050&catid=185&m=0. Acesso em: 4 nov. 2010.

WERNECK, G. L. Forum: geographic spread and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. Introduction. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2937–2940, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Control of the leishmaniasis. *World health organ tech rep ser*, Geneva, n. 949, p. 1-186, 2010.

XAVIER-GOMES, L. M.; COSTA, W. B.; PRADO, P. F. et al. Características clínicas e epidemiológicas da leishmaniose visceral em crianças internadas em um hospital universitário de referência 55 no norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 549-455, 2009.

Capítulo 7

LEISHMANIOSE VISCERAL EM CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS EM ARAGUAÍNA-TO, NO PERÍODO DE 2011 A 2013

Maria Deuzina Alves Lemos

Florisneide R. Barreto

INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV) é uma zoonose de transmissão vetorial, que, se não for tratada adequadamente, determina elevados índices de letalidade. (ALVES, 2009) Conhecida como calazar, apresenta alta incidência, com uma média de dois casos por 100.000 habitantes por ano. No Brasil, o aumento da incidência e a expansão das áreas de transmissão vêm causando preocupação. Cerca de 70% de todos os casos de leishmaniose visceral na América do Sul acontecem no Brasil, onde a extensão geográfica da doença é significativa. E entre 1999 e 2008, mais de 1/3 dos municípios brasileiros reportaram casos autóctones. A doença tem manifestações graves e, às vezes, é letal em crianças. A taxa de letalidade da leishmaniose visceral no Brasil tem variado de 3,2% a 6,9% nos últimos dez anos. (BARRETO et al., 2011)

As leishmanioses são doenças zoonóticas, e no Brasil, apresentam-se de duas formas, visceral (LV) e tegumentar (LT), com seus subtipos: mucocutâneo, cutânea, e cutânea difusa, causadas principalmente pelo protozoário do gênero *Leishmania*. São doenças crônicas, graves, e apresentam aspectos clínicos e epidemiológicos diversos e específicos de cada região onde ocorre. (ALVES, 2009)

A leishmaniose visceral é endêmica em 62 países nos quatro continentes, a maioria dos quais classificados como em desenvolvimento, onde existem cerca de 200 milhões de pessoas expostas ao risco. Cerca de 90% dos casos mundiais estão concentrados na Índia, Bangladesh, Nepal, Sudão e Brasil. (MICHALICK, 2005)

Considerada uma doença negligenciada de populações negligenciadas, pobreza, migração, ocupação urbana não planejada, destruição ambiental, condições precárias de saneamento, habitação e desnutrição são alguns dos fatores determinantes da ocorrência da leishmaniose visceral.

As informações sobre o perfil epidemiológico da leishmaniose visceral na região Norte do Brasil ainda são escassas e o aumento do número de casos desta patologia no norte do Tocantins e especialmente em Araguaína justifica a necessidade de se aprofundar este conhecimento. O município de Araguaína possui vários bairros ocupados de forma desordenada, por famílias de baixo poder aquisitivo, que vivem sem infraestrutura básica como coleta de lixo regular, esgotamento sanitário, abastecimento de água e luz e postos de saúde.

A análise clínica e epidemiológica dos casos de LV certamente contribui para um diagnóstico e tratamento mais eficiente e adequado para os indivíduos acometidos por este agravo. Considerando esta premissa, pretende-se com este estudo descrever os fatores associados à necessidade de internação por leishmaniose visceral em crianças de zero a cinco anos atendidas no hospital de doenças tropicais de Araguaína, e descrever as características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais, opções terapêuticas durante a internação e processo evolutivo da doença nesta cidade no período de 2011 a 2013.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com dados secundários referentes às crianças de zero a cinco anos internadas com diagnóstico de LV no hospital de doenças tropicais, localizado em Araguaína/TO. Foram analisados os prontuários do período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013, de onde coletou-se dados da anamnese e exame físico contidos no histórico de internação de crianças hospitalizadas. Além destes prontuários utilizou-se também dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com idade de zero a cinco anos com diagnóstico e tratamento de calazar no hospital de doenças tropicais (DHT).

Local do estudo

A cidade de Araguaína é um município brasileiro do estado do Tocantins, pertencente à Mesorregião Ocidental do Tocantins e à microrregião homônima. População estimada em 2015 foi de 170.183, e em 2010, de 150.484 habitantes. Possui área territorial de 4.000,416 km², e densidade demográfica 37,62hab/km².

O clima do município de Araguaína é tropical úmido, do tipo Aw na classificação climática do Koppen-Geiger, com uma estação definida de chuvas entre os meses de outubro a maio, e uma estação seca entre os meses de junho a setembro, com precipitação anual acima de 1.700 mm milímetros. As temperaturas são elevadas durante todo o ano, com mínima de 22° C e máxima de 32° C, chegando aos 36° C em setembro.

O estudo foi realizado no HDT, situado no estado do Tocantins, considerado hospital de referências no atendimento de doenças infecto-contagiosas, principalmente na região norte do estado, e de cidades circunvizinhas e de outros estados, como sul do Pará e sul do Maranhão.

Todos os casos de leishmaniose visceral na cidade de Araguaína passam pelo hospital de doenças tropicais, tanto os que necessitam de tratamento ambulatorial como os que necessitam de internação.

Foram coletados dados referentes a idade, sexo, município de residência, zona de residência, manifestações clínicas, método diagnóstico, tipo de entrada, tratamento adotado, classificação final e evolução do caso. Todos estes dados foram analisados de forma descritiva, após a construção de gráficos com indicadores epidemiológicos e tabelas com as principais características clínicas, de foram a cumprir com os objetivos propostos neste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados considerando duas dimensões principais: características epidemiológicas e aspectos clínicos. No espectro epidemiológico foram incorporados dados de internação por leishmaniose visceral na faixa etária investigada – 0 a 5 anos, procedência dos pacientes e outras características, sexo, raça e evolução do quadro. Na dimensão clínica, destacam-se, entre outros aspectos, os principais sinais e sintomas encontrados em pacientes internados e os casos de recidiva.

Características epidemiológicas

No período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013, foram registradas 407 crianças de zero a cinco anos internadas com diagnóstico confirmado de leishmaniose visceral procedentes de 38 municípios. Algumas destas foram transferidas para outras unidades e outras foram a óbito.

Neste estudo foram analisados todos os 407 prontuários das crianças hospitalizadas com diagnóstico de calazar. A média de idade, considerando a faixa etária-alvo, variou de três a onze meses, com maior concentração de casos entre crianças de um a dois anos de idade, representando 71% (289) das crianças estudadas, seguido daquelas com idade de três anos (8,84%), 4 anos (11,30%) e cinco anos com 9,09%. Quanto à variável sexo, observou-se maior número de casos entre crianças do sexo masculino (50,85%) em relação ao feminino, com 49,14%.

Esta observação, ainda que apontando para uma diferença mínima entre os sexos masculino e feminino, está de acordo com outros auto-

res que encontraram resultados semelhantes, e justificam este fato pela possibilidade de maior exposição entre os indivíduos do sexo masculino, a áreas que oferecem maior risco, seja pela própria moradia, trabalho ou lazer. Porém, sabe-se que a infecção pode ocorrer de forma igual sem preferência por sexo. (OLIVEIRA et al., 2006)

Considerando a faixa etária estudada, não é plausível considerar que as influências externas, mesmo as atividades de lazer, estejam influenciando a maior concentração de casos no sexo masculino. Esta diferença inclusive não se apresenta de forma significativa.

Os dados analisados demonstram que o município de Araguaína apresentou o maior número de hospitalizações por LV no período estudado (265 casos notificados), correspondendo a 65,11% do total notificado no HDT. Outros municípios circunvizinhos foram responsáveis por 123 internações, correspondendo a 30,22%. Pacientes vindos dos estados do Maranhão e do Pará foram responsáveis por 3 (0,74%) e 16 (3,93%) internações respectivamente (Tabela 1). Araguaína é considerada uma região endêmica para LV, principalmente a zona urbana da cidade.

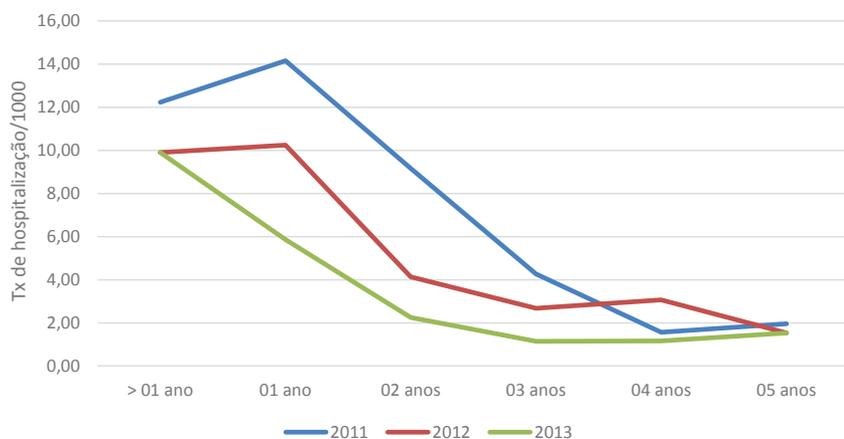
Tabela 1 – Distribuição das hospitalizações por LV, segundo local de procedência. HDT-Tocantins, 2011 a 2013

MUNICÍPIOS/ESTADOS	NO DE HOSPITALIZAÇÕES	%
Araguaína	265	65,11
Outros municípios do Tocantins	123	30,22
Maranhão	03	0,74
Pará	16	3,93
TOTAL	407	100

Fonte: adaptado dos prontuários de internação do HDT de Araguaína Março (2016).

Analisando-se os casos de LV em crianças de zero a cinco anos, notificadas no município de Araguaína, que detém 65% dos casos registrados no HDT, observa-se maiores taxas de hospitalização entre crianças de zero a dois anos e as menores taxas para crianças de cinco anos de idade em todo o período estudado (Figura 1).

Figura 1 - Taxa de hospitalização por idade, dos casos confirmados de Leishmaniose visceral em crianças (0 a 5 anos), Araguaína, TO 2011 a 2013



Fonte: Centro de Controle de Zoonoses de Araguaína (2016).

Araguaína apresentou 265 casos confirmados de LV, com taxa de hospitalização levemente maior entre crianças do sexo feminino (53,96%), com 143 casos, enquanto esta mesma taxa correspondeu a 46,04% para crianças do sexo masculino, cujo total foi de 122 casos (Tabela 2).

Quanto à raça/cor, a grande maioria dos casos ocorreu entre crianças declaradas pardas, correspondendo a 80% do total registrado, seguido da cor branca (13,58%) e preta (4,91%). A menor proporção corresponde à raça/cor amarela, com 1,13% dos casos (Tabela 2).

A maior parte das crianças hospitalizadas por LV no HDT evoluíram para a cura. O coeficiente de letalidade da doença entre estas crianças foi de 2,64% (Tabela 2). O coeficiente de letalidade, considerando todas as hospitalizações (407), foi de 1,96%.

Tabela 2 - Caracterização das hospitalizações por LV em crianças de zero a cinco anos, segundo Sexo, Raça/cor e Evolução do caso. Araguaína-TO, 2011 a 2013

SEXO	Nº CASOS	INCIDÊNCIA/1000
Masculino	122	18,01
		14,98
Feminino	143	14,98

RAÇA COR	Nº CASOS	PROPORÇÃO DE CASOS %
Amarela	03	1,13
Branca	36	13,58
Preta	13	4,91
Parda	212	80,00
Ignorado	1	0,38
EVOLUÇÃO	Nº CASOS	LETALIDADE %
Cura	258	
Óbitos	07	2,64
Total	265	

Fonte: adaptado dos prontuários de internação do HDT de Araguaína Março (2016).

A grande maioria dos indivíduos que se infectam permanece assintomática, e os fatores que determinam a gravidade das manifestações clínicas, em muitos casos levando a óbito, estão relacionados à idade, estado nutricional e características imunogenéticas do indivíduo acometido. (BRASIL, 2006)

A variação das manifestações clínicas decorre do tempo de evolução, sendo as clássicas: febre, hepatoesplenomegalia, palidez cutâneo-mucosa e emagrecimento progressivo. Estas podem estar associadas a tosse e diarreia. Entre as queixas dos familiares das crianças hospitalizadas no HDT de Araguaína, os sintomas aparentes foram: febre, aumento do volume abdominal, palidez e tosse como os mais frequentes. Casos de LV que não recebem os cuidados adequados contribuem inclusive para o aumento da incidência da doença, elevando o risco para a população de crianças. (BRASIL, 2006)

Este estudo revelou que Araguaína é o município, no Tocantins, com maior incidência deste agravo. As transformações ambientais antrópicas, frequentes em Araguaína, favorecem a adaptação e formação de novos criadouros de flebotomíneos. Este quadro é agravado por fatores socioeconômicos que conduzem um expressivo contingente da população a migrar para as periferias urbanas, onde vivem em condições precárias de habitação e de infraestrutura sanitária. Além disso, a cidade tem apresentado crescimento demográfico decorrente de processos migratórios secundários. (ANTERO, 2016)

Neste estudo, observou-se que 98,7% dos casos correspondem a notificações na zona urbana, enquanto a zona rural responde com apenas 1,2% dos casos no período estudado. Estes achados são compatíveis com os dados da literatura que apontam para o esvaziamento da zona rural, e consequente aumento na incidência das doenças infecciosas no ambiente urbano. O processo de urbanização crescente e desordenado faz com que sejam ampliados os focos dos vetores de doenças infecciosas. (OLIVEIRA et al., 2006)

Os bairros Araguaína Sul, Nova Araguaína, setor universitário foram os que apresentaram maior incidência de LV, possivelmente por estarem situados na periferia da cidade e habitado por moradores de baixa renda, desprovidos de rede de esgoto e por terem sofrido um significativo desmatamento. Situação semelhante também foi observada em outras regiões de ocorrência da LV como São Luís do Maranhão. (OLIVEIRA et al., 2006)

Aspectos clínicos

A LV é uma doença de caráter sistêmico e crônico, afetando tecido cutâneo e vísceras. Os cães podem não apresentar sinal aparente, contudo, quando sintomáticos, comumente apresentam mais de um sinal clínico. (FREITAS, 2012) A probabilidade de evolução para situações de gravidade pode ser verificada pela presença de sinais de alerta. Estes sinais são definidos como características indicativas de gravidade potencial e incluem as crianças com idade entre seis meses e um ano e os adultos com idade entre 50 e 65 anos, a ocorrência de recidiva, de diarreia, de vômitos, de infecção bacteriana suspeita ou de febre há mais de 60 dias.

A infecção causada por *L. chagasi* apresenta um espectro clínico amplo, que varia desde formas completamente assintomáticas, passando por várias formas clínicas com sintomatologia discreta ou moderada, até aquelas de apresentação mais grave. A infecção por *L. chagasi* pode ser dividida em aparente e inaparente. (AMATO NETO et al., 2008)

Diante da suspeita de LV, deve-se proceder à coleta de sangue para sorologia específica e punção de medula óssea para o diagnóstico parasitológico. Além desses, outros exames complementares deverão ser solicitados: hemograma (com contagem de plaquetas), velocidade de

hemossedimentação, testes de coagulação sanguínea, creatinina, alanina aminotransferase, aspartato aminotransferase, atividade de protrombina, bilirrubinas, albumina, globulina, sumário de urina, hemocultura, urocultura e radiografia do tórax.

A indicação é que sejam hospitalizados todos os pacientes que se enquadrarem nas situações de alerta ou gravidade e também aqueles que apresentarem alterações laboratoriais significativas, tais como: número de leucócitos menor que 1.000/mL ou número de neutrófilos menor que 500/mm³, número de plaquetas menor que 50.000/mL, hemoglobina sérica menor que 7g/dL, creatinina sérica maior que duas vezes o valor de referência, atividade de protrombina menor que 70%, bilirrubina acima dos valores de referência, enzimas hepáticas acima de cinco vezes o maior valor de referência, albumina menor que 2,5mg/mL e radiografia de tórax com imagem sugestiva de infecção ou de edema pulmonar.

Os pacientes sem sinais de alerta ou de gravidade deverão ser investigados e tratados em ambulatório, conforme as normas descritas no manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. (BRASIL, 2003) Entretanto, esses pacientes deverão ser encaminhados a um hospital de referência se durante a evolução apresentarem alguma alteração laboratorial significativa ou algum sinal de alerta ou gravidade.

Todos os pacientes hospitalizados no HDT realizaram o teste rápido como método diagnóstico, enquanto o mielograma foi realizado apenas em 15 pacientes, correspondendo a 3,68% do total de exames realizados no período. Destes, três (03) foram negativos para LV. Seis (06) pacientes foram transferidos para outras unidades, correspondendo a 1,47% em comparação com as altas melhoradas, que correspondeu a 96,31% (392) dos casos (Tabela 3).

Um aspecto que causa preocupação em relação à evolução dos casos de LV diz respeito às recidivas. O paciente tratado deve ser acompanhado durante 12 meses. Ao final desse período, se permanecer estável, será considerado clinicamente curado. Nos casos de recidiva, deve-se seguir as normas do protocolo (BRASIL, 2006). Observa-se que em todo o período estudado registrou-se um total de oito casos recidivados, correspondendo a 1,97% dos casos.

Tabela 3 – Características clínicas dos casos de LV no HDT de Araguaína – TO, 2011 a 2013

ASPECTOS CLÍNICOS	2011	2012	2013	TOTAL
	n° de Casos			
EXAME REALIZADOS				
MIELOGRAMA				
Positivo	10	03	02	15
Negativo		03	-	03
TESTE RÁPIDO	139	139	122	407
RECIDIVAS		01	04	07
ÓBITO		01	03	08
TRASFERÊNCIAS	02	04	-	06
ALTA MELHORADA	140	137	115	392

Fonte: adaptado dos prontuários de internação do hospital de doenças tropicais-HDT/TO (2011-2013).

Quanto aos resultados dos exames hematológicos apresentados na tabela 4, observa-se que 73,71% (300) dos casos apresentaram hemoglobina entre 7 e 10g/dl, os demais apresentaram valores menores que 7g/dl, o que representa um baixo valor em relação ao padrão da normalidade (10,50 a 14,50g/dl).

A maioria dos pacientes, 289 (71%), apresentaram plaquetas entre 50.000 a 150.000 CIs/mm³ e 118 destes (28.99%) apresentaram valores menores que 50.000 CIs/mm³, considerado valor baixo em relação ao valor de referência (140.000 a 400.000/mm³).

Quanto aos valores dos leucócitos, 292(71,74%), pacientes apresentaram valores menores que 5.000cels/mm³, e 117 (28,74%) deles apresentaram valores dentro dos parâmetros normais, o que indica que a maioria dos resultados demonstra a existência de problemas hematológicos.

Tabela 4 – Dados hematológicos dos casos de LV no HDT de Araguaína-TO, 2011 a 2013

RESULTADO EXAMES	2011	2012	2013	TOTAL
HEMOGLOBINA				
Entre: 7 a 10	110	93	97	300
Entre: >7	36	46	25	107
Total	146	139	122	407
PLAQUETAS				
Entre: 50.000 a 150.000	94	100	95	289

RESULTADO EXAMES	2011	2012	2013	TOTAL
Entre: > 50.000	52	39	27	118
Total	146	139	122	407
LEUCÓCITOS				
Entre: 5.000 a 12.000 Cels/mm ³	71	50	46	117
Entre: >5.000 Cels/mm ³	100	100	92	292
Total	146	139	122	407

Fonte: adaptado dos prontuários de internação do Hospital de Doenças Tropicais-HDT/TO (2011-2013).

Ao analisar os fatores relacionados à internação, observa-se que a maioria dos pacientes internados apresentava febre irregular e de longa duração, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, anemia com leucopenia, hipergaglobulemia e hipoalbumemia, emagrecimento, edema e estado de debilidade progressiva, levando a caquexia; como também algum tipo de co-morbidade, sendo as mais encontradas: pneumonia não específica, septicemia, broncopneumonia, hemorragia pulmonar; infecção bacteriana; insuficiência respiratória; insuficiência hepática (Tabela 5).

Tabela 5 - Principais sinais e sintomas encontrados em pacientes internados no HDT Araguaína. 2011 a 2013

SINAIS / SINTOMAS	2011	2012	2013	Total
FEBRE	146(100%)	139(100%)	122/100%	407(100%)
PALIDEZ	146(100%)	139(100%)	122/100%	407(100%)
ESPLENOMEGALIA	146(100%)	139(100%)	122/100%	407(100%)
TOSSE	55/(37,6%)	45(32%)	60/49%	160(39%)
VÔMITOS	58(39,7%)	30(22%)	60/49%	148(36%)
DIARREIA	34 (23%)	30(22%)	60/49%	124(30%)
EMAGRECIMENTO	38(26%)	30(22%)	30/24%	98(24%)
DISTENÇÃO ABDOMINAL	50(34%)	40(29%)	40/32%	130(32%)
EDEMA	4(3%)	1(0,8%)	02/6%	5(1,22%)
FRAQUEZA	25(17%)	30(22%)	20(16%)	75(18%)
ICTERICIA	-	-	1/(0,8%)	1(0,24%)

Fonte: adaptado da pesquisa - Hospital de Doenças Tropicais-HDT/TO (2011- 2013).

O prognóstico da doença se torna ruim quando associado à presença de co-morbidades, o que geralmente leva a um maior período de internação. Nesta situação, o tratamento torna-se criterioso para minimizar a letalidade, pois, aumentando os dias de hospitalização, aumenta-se também o risco de infecção hospitalar.

Observou-se que o tempo decorrente entre o início dos sintomas e a hospitalização variou de três (3) a trinta (30) dias com uma média de doze dias do início dos sintomas. O tempo de hospitalização variou entre sete e sessenta dias. O que ultrapassa o período recomendado pelo ministério da saúde, que é de vinte dias. As condições clínicas dos pacientes, associadas ao despreparo dos profissionais em relação ao diagnóstico rápido da doença, contribuem para a sua gravidade e, conseqüentemente, para o aumento no número de dias de internação. (COSTA, 2008)

Os exames realizados durante o tratamento a maioria dos pacientes apresentavam alterações hematológicas com hemoglobina entre 7 e 10 g/dl em 300 (73%) e menor que 7 g/dl em 107 (27%). Dentre os testes utilizados para diagnóstico de LV, no HDT, o de Imunofluorescência Indireta (IFI - teste rápido) tem sido o mais utilizado. O aspirado de medula óssea é o menos utilizado, e o parasitológico não é realizado.

A incidência de processos infecciosos bacterianos e virais durante a fase aguda da leishmaniose visceral é agravado por alguns fatores como: anemia, leucopenia, plaquetopenia, pancitopenia e as possíveis alterações na função dos neutrófilos, o que afeta a produção dos anticorpos afetando também o tempo de hospitalização. As drogas de primeira escolha no tratamento da leishmaniose são os antimoniais pentavalente (Sb+5).

Com o objetivo de padronizar o esquema terapêutico, a Organização Mundial de Saúde recomenda que a dose deste antimonial seja calculada em mgSb+5/kg/dia, havendo dois tipos de antimoniais pentavalente que podem ser utilizados, o antimoniato de N metilglucamina e o estibo glucanato de sódio, sendo este último não comercializado no Brasil. (BRASIL, 2017)

O tratamento com o antimoniato pentavalente (glucantime) foi utilizado como medicamento de primeira escolha sendo prescrito em 58,8% dos casos. Observou-se que em 19,4% dos casos iniciou-se o tratamento com glucantime e depois passou-se para a medicação de segunda escolha, a anfotericina B comum por ter sido observado reações adversas a primeira droga ou alterações ao exame de eletrocardiograma (ECG).

Quando o paciente apresenta um quadro grave é utilizado como terceira escolha a anfotericina B lipossomal. Esta última foi utilizada em 15,2% dos casos. Em apenas 3,19% dos casos substituiu-se a anfotericina B por anfotericina B lipossomal durante o internamento. A anfotericina B é a única opção no tratamento de gestantes e de pacientes que tenham contraindicações ou que manifestem toxicidade ou refratariedade relacionada ao uso dos antimoniais pentavalente. A anfotericina B é a droga leishmanicida mais potente disponível comercialmente, com ação nas formas promastigotas e amastigotas. A experiência clínica acumulada com seu uso no tratamento da LV vem aumentando ao longo dos últimos anos. Tem sido demonstrado que doses menores do medicamento podem ser utilizadas sem prejuízo da eficácia, com conseqüente diminuição de sua toxicidade. (CARVALHO, 2000)

Atualmente, duas apresentações de anfotericina B são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde: o desoxicolato de anfotericina B e a anfotericina B lipossomal, com eficácias. Recentemente, novas formulações da anfotericina B (anfotericina-B-lipossomal e anfotericina-B-dispersão coloidal) tornaram-se disponíveis comercialmente. A anfotericina B lipossomal apresenta custo elevado, impossibilitando o seu uso na rotina do serviço. Está sendo indicada aos pacientes graves de leishmaniose visceral, que desenvolveram insuficiência renal ou toxicidade cardíaca durante o uso do antimoniato de N-metil glucamina e de outras drogas de escolha não obtendo melhora ou cura clínica. Para o tratamento de leishmaniose visceral, a dose recomendada é de 1,0 a 1,5 mg/Kg/dia durante 21 dias, ou como alternativa a dose de 3,0 mg/Kg/dia durante 10 dias

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cidade de Araguaína concentrou a grande maioria das hospitalizações por LV no Tocantins. A faixa etária de maior prevalência foi a de crianças de zero a dois anos, portanto, deve-se buscar adotar de maneira mais eficaz, medidas preventivas voltadas para este público alvo e vulnerável, principalmente nas áreas endêmicas, como programas educativos, treinamento dos profissionais de saúde e orientação à população, com a finalidade de diminuir o número de crianças infectadas.

As características urbanas e demográficas do município de Araguaína contribuem sobremaneira para a endemidade da área, uma vez que este tornou-se um município com urbanização acelerada e desordenada, contribuindo para a proliferação do vetor desta doença. No período de 2011 a 2013, a doença apresentou característica de expansão neste município.

É preciso considerar que a busca de tratamentos mais eficazes é importante, mas o melhor tipo de ação ainda é a prevenção. A educação sanitária para a população é um grande desafio, pois apenas a adesão e participação em campanhas de esclarecimentos preventivos são insuficientes.

As atividades de educação em saúde devem estar inseridas em todos os serviços que desenvolvem as ações de controle da LV, requerendo o envolvimento efetivo das equipes multiprofissionais e multi-institucionais com vistas ao trabalho articulado nas diferentes unidades de prestação de serviços, através de: divulgação à população sobre a ocorrência da LV na região, alertando sobre os sinais clínicos e os serviços para o diagnóstico e tratamento; capacitação das equipes, englobando conhecimento técnico, os aspectos psicológicos e a prática profissional em relação à doença e aos doentes.

A conduta terapêutica utilizada no hospital de doenças tropicais segue os mesmos padrões utilizados pelo ministério da saúde.

Observou-se que a maioria dos pacientes que chegam à unidade de saúde encontram-se em estágio avançado da doença apresentando alguma co-morbidade associada a LV; o que leva a hospitalização. Este cenário poderia ser evitado se não houvesse tanta morosidade no atendimento e se o diagnóstico fosse realizado precocemente. A situação observada em Araguaína, em relação ao elevado número de casos graves da doença, que necessitaram de hospitalização, é um forte indicio de que existe uma grande falta de conhecimento por parte dos pais e/ou responsáveis pelas crianças, bem como uma falta de adoção de medidas preventivas considerando os fatores sociais, ambientais, econômicos, políticos e culturais, por parte dos serviços de saúde. Faz-se necessária a incorporação de atividades de educação em saúde voltadas à prevenção da leishmaniose visceral, dentro de um processo de educação continuada, para que esta deixe de ser uma doença negligenciada de populações negligenciadas ou mesmo que de posse do conhecimento necessário, para sua prevenção

ou cuidados aos primeiros sintomas, os casos não venham a se tornar graves a ponto da necessidade de hospitalização.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. W. Leishmaniose visceral americana: Situação atual no Brasil. *Boletim epidemiológico paulista*, Brasília, DF, v. 6, n. 71, p. 25-29, 2009.

AMATO NETO, V.; GRYSHECK, R. C. B. ; AMATO, V. S. *et al.* *Parasitologia: uma abordagem clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

ANTERO, R. Urbanização pela migração em Araguaína (TO). *Caminhos de Geografia*, Uberlândia, v. 17, n. 59, p. 228-243, 2016.

BARRETO, C. L.; TEIXEIRA, M. G.; XIMENES, R. A. A. *et al.* Sucessos e Fracassos no controle de Doenças infecciosas no Brasil: contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*, Boston, v. 3, p. 56, p. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. *Leishmaniose visceral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, S. F. G. *Utilização de baixas doses de Desoxicolato de Anfotericina B no tratamento da leishmaniose visceral em crianças e adolescentes*. 2000. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

COSTA, C. H. N. Characterization and speculations on the urbanization of visceral Leishmaniasis in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p. 2959- 2963, 2008.

FREITAS, J. C. C. Clinical and laboratory alterations in dogs naturally infected by *Leishmania chagasi*. *Revista da sociedade brasileira de medicina tropical*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 24-29, 2002.

MARZOCHI, M. C. A.; FAGUNDES, A.; ANDRADE, M. V. *et al.* Visceral leishmaniasis in Rio de Janeiro, Brazil: Eco-Epidemiological aspects and control. *Revista da sociedade brasileira de medicina tropical*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 570-580, 2011.

MEDLEAU, L.; HNILICA, K. *A dermatologia de pequenos animais, atlas colorido e guia terapêutico*. São Paulo: Ed. Roca, 2003.

MICHALICK, M. S. M. Gender leishmania. *In*: NEVES, D. P. (ed.). *Human parasitology*. 11. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p. 67-84.

OLIVEIRA, A. L. L.; PANIAGO, A. M. M.; DORVAL, M. E. C. *et al.* Foco emergente de leishmaniose visceral em Mato Grosso do Sul. *Revista da sociedade brasileira de medicina tropical*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 446-450, 2006.

REY, L. C. Leishmaniose visceral (Calazar). *In*: TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. (ed.). *Doenças infecciosas na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p. 1239-1250.

RUFINO AMARO, R. A relação entre o desmatamento e a incidência de Leishmaniose no município de Mesquita, RJ. *In*: SIMPÓSIO DE ESTUDOS URBANOS: DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DINÂMICA AMBIENTAL, 1., 2011, Paraná. *Anais [...]*. Paraná: [s. n.], 2011. p. 245-262.

SANTOS, F. N.; BORJA-CABRERA, G. P.; MIYASHIRO, L. M. *et al.* Immunotherapy against experimental canine visceral leishmaniasis with the saponin enriched-Leishmune vaccine. *Vaccine*, New York, v. 25, p. 6176 – 6190, 2007.

VIEIRA, G. D. Política de investigação em saúde no Brasil. I Reunião Ordinária. *In*: SEBASTIÃO, V. N.(org.). *Anais. Seminário de tropicologia: trópico e pesquisa científica (1987)*. Recife: FUNDAJ: Ed. Massangana, 1995. Tomo 21, p. 179.

WERNECK, G. L.; BATISTA, M. S. A.; GOMES, J. R. B. *et al.* Prognostic factors for death from visceral leishmaniasis in Teresina, Brasil. *Infection*, Munchen, v. 31, n. 3, p. 174-177, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Post-kala-azar dermal leishmaniasis: a manual for case management and control. Report of a who consultative meeting. *World Health Organization*, Geneva, 2012.

Capítulo 8

INTOXICAÇÕES POR AGROTÓXICOS NO ESTADO DO TOCANTINS: 2010-2014

Sérgio Luís de Oliveira Silva e Ediná Alves Costa

INTRODUÇÃO

Em 2008, o Brasil passou a ocupar a posição de maior consumidor de agrotóxicos do mundo. Os impactos deste consumo na saúde pública são grandes, atingem extensos territórios e diferentes grupos populacionais, de trabalhadores de diversos ramos de atividades a moradores do entorno de fábricas e fazendas. (CARNEIRO et al., 2015)

Os agrotóxicos são um bem de consumo, amplamente distribuídos no mercado e envolvidos em intensos conflitos de interesse entre a saúde e o próprio mercado. Esse produto é objeto de regulação sanitária e requer autorização do setor da saúde para sua produção e comercialização. A complexidade dessa regulação se amplia à medida que os agrotóxicos “transitam” nos setores da saúde, agricultura e meio ambiente e requerem autorização destes três setores institucionais que avaliam as solicitações de registros – um requisito para sua comercialização.

Embora haja divergências sobre a posição do Brasil como o maior consumidor de agrotóxicos do mundo, os dados nacionais vêm demonstrando que a venda de agrotóxicos no país cresceu em quase todos os

anos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2019) Conforme os números dos relatórios de comercialização de agrotóxicos, elaborados pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), no período de 2014 a 2018, as vendas aumentaram no país.

Em 2014, foram vendidas 508,5 mil toneladas de pesticidas; em 2015, foram 521,5 toneladas; em 2016 o número chegou a 451,8 mil toneladas. Em 2017, houve uma redução para 539,9 mil toneladas, porém, em 2018, os números voltaram a crescer, registrando um recorde com 549,2 mil toneladas vendidas. (IBAMA, 2019)

Essa possível posição de maior consumidor de agrotóxico do mundo tem despertado preocupações e questionamentos sobre o modelo de modernização agrícola no país. Embora ainda pouco conhecidos, problematiza-se que são grandes os impactos causados no ambiente e na saúde dos trabalhadores rurais que atuam diretamente com o uso desses venenos e na população de uma forma geral. (LONDRES, 2011)

O modelo brasileiro de modernização agrícola relaciona-se a uma grande vulnerabilidade das regiões agrícolas atuais face à chamada modernização globalizadora. Segundo Santos (2010), o campo modernizado está mais acessível que as cidades à expansão das formas atuais do capitalismo. Enquanto o urbano surge como o lugar da resistência, as áreas agrícolas se transformam no espaço da vulnerabilidade.

Na relação com o meio ambiente, os agrotóxicos têm se transformado em um dos mais relevantes problemas para a preservação da qualidade ambiental. Mesmo que tenham sido desenvolvidas para atuar em um conjunto de organismos, essas substâncias são potencialmente danosas para todos os organismos vivos expostos aos produtos. (IBAMA, 2010)

Quanto ao público mais impactado com esses produtos, "um dos maiores perigos representados pelos agrotóxicos diz respeito aos efeitos que eles podem provocar na saúde das pessoas, principalmente daquelas que, no campo ou na indústria, ficam expostas ao contato direto com os venenos". (LONDRES, 2006, p. 25)

Reforçando a preocupação quanto à exposição dos trabalhadores a estes produtos, Carneiro e demais autores (2015) enfatizam que é impossível estabelecer limites máximos aceitáveis para a exposição humana aos agrotóxicos, pois uma variedade deles produz efeitos irreversíveis e que não são dose-dependentes, uma vez que a exposição crônica a baixas do-

ses pode ter efeitos negativos para a saúde. Os trabalhadores da indústria e os trabalhadores rurais serão os primeiros e mais afetados.

Os efeitos das intoxicações por agrotóxicos no corpo humano são extremamente complexos. Os sintomas são comuns em outros agravos e podem incluir perda de peso, fraqueza muscular, depressão, irritabilidade, insônia, anemia, dermatites, alterações hormonais, problemas imunológicos, efeitos na reprodução (infertilidade, malformações congênitas, abortos), doenças do fígado e dos rins, doenças respiratórias, efeitos no desenvolvimento da criança, entre outros.

No caso de câncer de estômago em trabalhadores brasileiros da agropecuária, estima-se que estes têm o dobro da média estimada para os demais, havendo uma desvantagem maior entre os mais jovens de 30 a 49 anos, em comparação com os mais idosos. (ALMEIDA, 2019)

No uso de agrotóxicos por pequenos agricultores em certas culturas, a exemplo da fumicultura, identifica-se uma relação entre as condições de vida caracterizadas por baixo nível de escolaridade, dificuldades de acesso a financiamento, transporte, serviços básicos de saneamento e saúde e baixa renda para a manutenção da própria sobrevivência e de sua família, corroborando ainda mais para a cronicidade das intoxicações. (MURAKAMI et al., 2017)

Segundo estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), anualmente os agrotóxicos causam cerca de 70 mil intoxicações agudas e crônicas fatais entre os trabalhadores rurais e um número ainda maior de intoxicações não fatais. (FAVERO et al., 2018)

O presente estudo origina-se de um trabalho mais amplo, cujo objetivo foi caracterizar a situação das intoxicações por agrotóxicos no estado do Tocantins, tendo por referência o período de 2010 a 2014. (SILVA, 2016)

Apresenta-se, inicialmente, sem esforço de exaustividade, as linhas gerais do marco regulatório dos agrotóxicos, iniciativas para enfrentar os seus impactos na saúde e em seguida apresenta-se o cenário da agricultura e dos agrotóxicos no estado do Tocantins e os principais resultados do estudo sobre as intoxicações por agrotóxicos, com base nos dados do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN).

REGULAÇÃO SANITÁRIA DOS AGROTÓXICOS

No Brasil, os produtos zoossanitários e fitossanitários são de competência do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, enquanto o controle sanitário dos agrotóxicos, conforme a Lei nº 7.802/89, é de competência dos ministérios da Saúde, da Agricultura e do Meio Ambiente. Ou seja, há uma intercomplementariedade quanto às funções, diretrizes e normativas a serem observadas. Para o registro de um produto em um setor, é indispensável que o outro esteja de acordo, sob observância das respectivas exigências. (COSTA, 2018)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é a instituição responsável pela coordenação das ações na área de toxicologia no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e tem como objetivo regulamentar, analisar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam riscos à saúde – agrotóxicos, componentes e afins e outras substâncias químicas de interesse toxicológico no território brasileiro.

No caso da área ambiental, o Decreto nº 4.074/2002, em seu art. 7º, inciso II, dispõe que compete ao Ministério do Meio Ambiente a avaliação ambiental dos agrotóxicos, seus componentes e afins, estabelecendo suas classificações quanto ao potencial de periculosidade ambiental.

Em face da complexidade e da natureza dos riscos que a intervenção em vigilância sanitária deve prevenir, eliminar ou diminuir, é necessário o uso concomitante de diversos instrumentos de controle que se intercomplementam em um conjunto organizado de práticas a serem desenvolvidas nas três instâncias gestoras do SNVS. Além das atividades relacionadas ao registro, é necessária uma intensa atividade de fiscalização, de monitoramento de resíduos em alimentos e de vigilância dos agravos à saúde relacionados aos agrotóxicos, além de atividades de informação e de natureza educativa para instrumentalizar trabalhadores e população na defesa de sua saúde no tocante aos agrotóxicos. (COSTA, 2018)

No que se refere às responsabilidades das instituições públicas de saúde, a vigilância de eventos, nas três esferas de gestão, tem grande importância, ao acompanhar doenças e agravos diversos, entre os quais as intoxicações por agrotóxicos, produzindo subsídios para as ações regulatórias. (COSTA, 2018) Esses agravos, como parte das intoxicações exógenas, são notificados no SINAN.

A última etapa da cadeia do controle dos agrotóxicos não é no descarte, e sim nos resíduos deixados no ambiente, nos alimentos, nas pessoas. O crescente uso de agrotóxicos na produção agrícola e a consequente presença de resíduos acima dos níveis autorizados nos alimentos tem sido motivo de preocupação no âmbito da saúde coletiva, exigindo, das diversas esferas de governo, investimento e organização para implementar ações de controle do uso desses produtos. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014)

Nesse sentido, foi estabelecido, em 2003, o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), desenvolvido pelo SNVS. Inclui os 26 estados e o Distrito Federal, os laboratórios de saúde pública (LACEN) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). O PARA contribui para o fortalecimento de iniciativas, na identificação de resíduos desses venenos em diversos alimentos da cesta básica, inclusive de agrotóxicos proibidos, criando uma base importante para as atividades de prevenção e controle do uso de agrotóxico na agricultura e suas consequências na saúde da população.

Outra iniciativa na busca de enfrentamento da problemática dos agrotóxicos em nosso país ocorreu em agosto de 2012, por meio do decreto federal nº 7.794, quando o governo brasileiro criou a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO). Como parte dessa política, o Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PLANAPO) foi lançado em outubro de 2013 como o principal instrumento de execução da política.

Para a organização do plano foi criado o Programa Nacional para Redução do Uso de Agrotóxicos (PRONARA), que definiu como objetivo principal a redução dos agrotóxicos no país e a busca da transição para modelos alternativos, tais como a agroecologia e a produção orgânica.

Essas iniciativas são relevantes, mas sua efetividade e abrangência dependem de vontade política nas três esferas de gestão e de um forte arco de alianças para o enfrentamento dos poderosos interesses econômicos relacionados ao agronegócio.

DESAFIOS AO SUS E À SOCIEDADE NO ENFRENTAMENTO DAS INTOXICAÇÕES POR AGROTÓXICO

Hoje, a agricultura é científica, moderna e globalizada, o que transforma os agricultores, condicionados à antiga situação, em servos da gleba, quando ficam entre as opções de atender a tais condições ou sair. (SANTOS, 2010)

Isso tem ocasionado uma grande concentração de uso de agrotóxicos nas regiões em que predomina o chamado agronegócio, principalmente nas áreas em que se destacam as culturas de soja e cana-de-açúcar – cultura importante para a produção de etanol. (BOMBARDI, 2016)

No caso do Brasil, a expansão do capital no consumo de agrotóxico na agricultura em nosso território é caracterizada por seis empresas que, sozinhas controlam praticamente 60% do mercado e têm maior participação nas vendas de agrotóxicos no país. São empresas transnacionais com capital de origem na Suíça (Syngenta), nos Estados Unidos (Monsanto e Dow), na Alemanha (Bayer e Basf) e Holanda/Israel (Milenia). (BOMBARDI, 2016)

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) tem tido um relevante papel no processo de construção e sistematização do conhecimento nesse tema. Uma série de instituições e de profissionais ligados ao ensino e à pesquisa em nosso país tem corroborado na promoção da socialização de seus trabalhos com a temática agrotóxico. Sinaliza-se também a importância de trabalhos que a ANVISA, o IBAMA, as secretarias estaduais e municipais de saúde têm realizado, bem como os movimentos sociais.

Relevantes estudos epidemiológicos têm sido realizados a fim de caracterizar a relação da população exposta a estes contaminantes químicos e quais fatores estão relacionados às intoxicações por agrotóxicos. Um exemplo é o estudo sobre o uso de agrotóxicos em monoculturas de soja no estado do Mato Grosso, entre 2008 e 2009. Os resultados apontam que as consequências decorrentes desses químicos incluem, além dos próprios trabalhadores rurais, seus familiares e pessoas próximas às áreas dos cultivos. (BELO et al., 2012)

Também é parte desses estudos a identificação dos vários tipos de produtos que contaminam trabalhadores e a população em geral. No Brasil, as principais causas de intoxicação, principalmente as agudas, sejam acidentais ou não, estão relacionadas aos organofosforados e aos car-

bamatos. A alta toxicidade desses produtos, a facilidade do acesso, a fragilidade das fiscalizações sobre o comércio e o grande número de produtos contendo essas substâncias têm contribuído para que as intoxicações por agrotóxicos sejam atualmente um grave problema de saúde pública. (AQUINO; ROHLFS, 2013)

No Brasil, os profissionais de saúde enfrentam uma enorme dificuldade para diagnosticar, registrar e até mesmo encaminhar pacientes intoxicados por agrotóxicos. Sabe-se que, no geral o número de registros é bem menor do que o número real de intoxicações. Essa situação provavelmente também se repete no Tocantins. A OMS reconhece que, para cada caso registrado de intoxicação pelos agrotóxicos, ocorrem 50 não notificados. (LONDRES, 2011)

Uma das intervenções recentes para o enfrentamento dos danos causados pelos agrotóxicos é a implantação, em quase todos os estados da Federação, da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPA),¹ que compreende um conjunto de ações integradas, envolvendo todos os atores do SUS: gestores, profissionais de saúde e controle social. Inclui ações de prevenção, proteção e promoção da saúde a serem executadas pela vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária e laboratórios de saúde pública. Essa iniciativa, ainda em fase inicial de implementação, requer esforços e responsabilidade ético-política de todos os atores envolvidos.

Recentemente, uma das principais manifestações sobre a preocupação do setor saúde com os efeitos dos agrotóxicos na saúde das pessoas foi a elaboração e divulgação, no ano de 2015, do documento "Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Silva (INCA) acerca dos agrotóxicos", cujo objetivo é demarcar seu posicionamento contra as atuais práticas de uso de agrotóxicos no Brasil e ressaltar os riscos à saúde, especialmente nas causas do câncer. Espera-se, ainda, conforme o documento, que haja o fortalecimento da regulação e controle destas substâncias, além de incentivar alternativas agroecológicas que são tidas como solução ao modelo agrícola dominante.

1 Ver: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1129-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/agrotoxicos/l2-agrotoxicos/18505-vigilancia-em-saude-de-populacoes-expostas-a-agrotoxicos-vspea>.

Os desafios para intervir na problemática dos agrotóxicos em defesa da saúde são imensos e complexos, é necessário um sobre esforço do SUS e de seu (sub)Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, orientados por políticas públicas de controle dos agrotóxicos a médio e longo prazo, em articulação com segmentos institucionais, acadêmicos e sociais interessados na preservação da vida humana e ambiental.

Como reitera Paim, o SUS passa, atualmente, por uma de suas maiores crises, e caberia analisar quais forças políticas e sociais defendem efetivamente esse sistema, de acordo com os princípios e diretrizes assentados no direito universal e igualitário à saúde e quais se aproveitam do mesmo para ampliar a sua mercantilização e privatização. (PAIM, 2012) As ameaças ao SUS parecem agudizar-se na conjuntura atual de dominância da doutrina do neoliberalismo e de financeirização da saúde, quando crescem os desafios à construção do arco de alianças das forças democráticas para enfrentar o poder do capital e suas representações nos aparelhos de Estado e na sociedade. (PAIM, 2018)

CENÁRIO DA AGRICULTURA E DOS AGROTÓXICOS NO ESTADO DO TOCANTINS

Ao refletir sobre as transformações ao longo dos últimos anos no atual território do estado do Tocantins, emergem alguns elementos da perspectiva de Milton Santos, quanto às categorias espaço, paisagem, território e lugar como base para uma compreensão melhor desse processo. Nas palavras do autor, “a partir da noção de espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações podemos reconhecer suas categorias analíticas internas”. (SANTOS, 2006, p. 13) Entre elas estão a paisagem, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas-conteúdo

O estado do Tocantins apresenta essas mudanças no campo, onde a relação consumo de agrotóxico x intoxicações por estes químicos pode ser observada através das seguintes características:

- O Tocantins ocupa atualmente o segundo lugar na comercialização de agrotóxicos e afins por área plantada na região Norte, com

4,8 kg/ha, ficando apenas atrás do Estado de Rondônia que alcança 5,3 kg/ha. (IBGE, 2015)

- Entre os anos de 2007 e 2011 o número de notificações de intoxicação exógena registradas no SINAN, no estado do Tocantins, apresentou aumento contínuo nesse período, seguindo uma tendência nacional. Esse aumento pode estar relacionado com a melhora da qualificação dos profissionais da rede de saúde do estado, que passaram a ter mais sensibilidade em notificar esse agravo, ou com a facilidade de acesso e exposição da população aos agentes tóxicos, possibilitando o aumento real do número de registros por intoxicações (TOCANTINS, 2013) ou com ambas as condições.
- O Tocantins passou a ser, além de rota de consumo, rota de tráfico de agrotóxico contrabandeado, principalmente pela via rodoviária. Isto se relaciona às características geográficas do estado, principalmente de acesso, bem como pela expansão do agronegócio nos últimos anos, tornando-se comum apreensões de agrotóxicos contrabandeados, efetuadas por parte das polícias federal, rodoviária, militar e civil, no estado.²

As características territoriais do Brasil, com o histórico de difícil controle das fronteiras, especialmente com o Paraguai e com o Uruguai, têm facilitado a entrada de vários produtos contrabandeados no país, inclusive agrotóxicos.

Nessa cadeia produção-comércio-consumo de agrotóxico, o comércio ilegal desses produtos torna-se cada vez mais presente em âmbito global, tendo o Brasil como líder mundial em consumo de agrotóxico, quando também ganha vulto, a problemática do contrabando, que vem se fortalecendo no território nacional. Há indícios de que o Paraguai também seja parte da rota desse contrabando, haja vista relatos na imprensa quando das apreensões realizadas pelas polícias brasileiras.²

É nesse contexto que um novo cenário começou a ser potencializado, não só para o Tocantins, mas para outros estados vizinhos, com

2 Ver: <http://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2015/02/policia-apreende-arma-e-agrotoxicos-contrabandeados-em-fazenda-no.html>.
Ver: <http://afnoticias.com.br/cerca-de-225-quilos-de-agrotoxicos-do-paraguai-sao-apreendidos-em-guarai/>.
Ver também: <http://www.canalrural.com.br/noticias/rural-noticias/contrabando-agrotoxicos-corre-solto-triplice-fronteira-55575>.

a criação da região denominada MATOPIBA – sigla dos estados do Maranhão (MA), Tocantins (TO), Piauí (PI) e Bahia (BA) –, com uma área de cerca de 143 milhões de hectares e mais de 25 milhões de habitantes. Instituído pelo Decreto presidencial nº 8.447/2015, trata-se de um plano de desenvolvimento agropecuário, que, nos termos do artigo primeiro tem por finalidade “promover e coordenar políticas públicas voltadas ao desenvolvimento econômico sustentável fundado nas atividades agrícolas e pecuárias que resultem na melhoria da qualidade de vida da população”.

Era de se esperar que um plano dessa magnitude provocasse questionamentos, dúvidas e críticas, pois envolve condicionantes sociais, ambientais, econômicos e políticos em sua composição, com potencial de impactos também negativos.

Um dos exemplos de críticas ao referido plano foi a “Carta aberta à sociedade brasileira, à presidência da república e ao congresso nacional sobre a destruição do Cerrado pelo MATOPIBA”, subscrita por diversas entidades não governamentais, durante o “Primeiro encontro regional dos povos e comunidades do Cerrado”, realizado entre os dias 23 e 25 de novembro de 2015, em Araguaína-TO.

Essa carta faz uma forte crítica ao MATOPIBA e aponta uma série de impactos que este plano trará ao bioma Cerrado e às comunidades que nele habitam: camponeses, agricultores e familiares, povos indígenas, quilombolas, pescadores, quebradeiras de coco, entre outras.

METODOLOGIA

O estudo das intoxicações por agrotóxico no estado do Tocantins tem caráter descritivo e exploratório. Baseou-se em dados do SINAN, relativos às notificações de intoxicações exógenas ocorridas no período de 2010 a 2014. Os dados foram analisados segundo um conjunto de variáveis de interesse, constantes na ficha de notificação do SINAN.

A unidade de análise/escala geográfica foi o município, com enfoque regional. O estado do Tocantins tem 139 municípios e oito regiões de saúde. Para o desenvolvimento do estudo, além dos dados oficiais do SINAN, fez-se levantamento de dados do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (IBGE) e do Sindicato Nacional das Indústrias de Produtos para Defesa Vegetal (SINDIVEG).

Na primeira etapa da coleta de dados na base do SINAN, foram identificados todos os casos de notificação de intoxicações no estado do Tocantins, no período de 2010 a 2014. Em seguida, as notificações foram organizadas em planilhas do *software* Excel 2010, segundo variáveis pré-definidas, relativas ao quantitativo de notificações de intoxicações exógenas e de notificações por agrotóxicos, de municípios notificadores, tipos de agrotóxicos envolvidos e finalidade de utilização, tipos de agentes tóxicos e percentuais de intoxicação quanto à finalidade da sua utilização, principais faixas etárias com registros de intoxicação por agrotóxico, principais atividades exercidas com registros de casos, principal via de exposição/contaminação, principais formas de contaminação quanto à circunstância da exposição/contaminação, exposição relacionada ao trabalho, entre outras variáveis, conforme o Quadro 1.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontradas no banco de dados do SINAN 5.437 notificações de intoxicações exógenas e um conjunto de informações relevantes sobre intoxicações por agrotóxicos e sobre o perfil da população exposta a estes produtos químicos no estado do Tocantins, no período de estudo, 2010 a 2014.

Estes dados fornecem subsídios para se compreender um pouco mais sobre as características dessa população, exposta aos impactos causados pelos agrotóxicos à saúde das pessoas no estado do Tocantins, enfocando perfis sociodemográficos, ambiental e de saúde.

Conforme os dados constantes no Quadro 1 foi possível obter os seguintes resultados:

Quadro 1- Intoxicações por agrotóxicos no estado do Tocantins, no período de 2010 a 2014

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE E/OU PERCENTUAL
Total de intoxicações exógenas	5.437 (100%)
Intoxicação por agrotóxicos (agrícola, de saúde pública e de uso doméstico) em relação ao total de intoxicações exógenas	699 (12,85%)

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE E/OU PERCENTUAL
Intoxicação por agrotóxico agrícola em relação ao total de agrotóxicos agrícola, de saúde pública e de uso doméstico	362 (51,785)
Número de municípios que realizaram notificações de intoxicações por agrotóxico	31 (22%)
Número de municípios de residências com pessoas intoxicadas por agrotóxicos	77 (55,39%)
Principais faixas etárias com registros de intoxicação por agrotóxico	20 a 29 anos (25,14%) 30 a 39 anos (18,78%)
Tipos de agentes tóxicos e percentuais de intoxicação quanto à finalidade da sua utilização	Inseticidas (29,28%) Herbicidas (27,07%) Fungicidas (4,14%)
Principais atividades exercidas com registros de casos	Pulverização (29,28%) Diluição (15,47%)
Principal via de exposição/contaminação	Digestiva (51,66%)
Principais formas de contaminação quanto à circunstância da exposição/contaminação	Acidental (49,17%) Suicídio (32,60%)
Percentual de intoxicação por exposição a agrotóxico relacionada ao trabalho	36,74%
Principal tipo de intoxicação	Aguda (85,64%)
Dados quanto às culturas agrícolas associadas ao princípio ativo/nome comercial	39 municípios (28%) com notificações de residência com dados de culturas agrícolas/lavouras associadas à intoxicação por agrotóxico agrícola; 16 tipos de culturas agrícolas associadas a agrotóxicos de uso na agricultura; 279 notificações em municípios de residência sem informação de cultura agrícola/lavoura associadas às intoxicações por agrotóxico agrícola; 34 (42,5%) das notificações sem informação do princípio ativo.

Fonte: elaborado pelos autores.

As intoxicações para os três tipos de agrotóxicos – de uso agrícola, de saúde pública e de uso doméstico – somaram 699 ou 12,85% do total de intoxicações, com maior proporção no sexo masculino.

Ao serem distribuídas segundo os três tipos de agrotóxicos, observam-se os seguintes percentuais: de uso agrícola, 65,95%; de saúde pública, 6,45% e de uso doméstico, 27,61%. No primeiro caso, há um forte predomínio no sexo masculino, enquanto no caso de agrotóxicos de saúde pública e aqueles de uso doméstico, predomina o sexo feminino.

Trinta e um municípios do estado do Tocantins realizaram notificação de intoxicações por agrotóxicos em suas unidades de saúde, o que representa 22% dos 139 municípios. Os dez municípios com o maior número de notificações correspondem a 84% do total dos notificadores; a maioria dos municípios responde por percentuais muito baixos, entre 0,28% e 2,21% das notificações realizadas no período de estudo.

Araguaína, na região de saúde Médio Norte Araguaia, responde por 41,16% das notificações e é o principal município notificador desse agravo no Tocantins. Esta situação pode relacionar-se com o fato desse município possuir uma boa rede de atenção à saúde, tornando-se referência em diversos agravos de saúde para vários municípios do estado, como também para o Pará, Maranhão e Piauí, entre outros.

Araguaína é também o principal município com notificações por residência, respondendo por mais de 25% das notificações. Os dez primeiros municípios tocantinenses de residência com mais notificações de casos de intoxicação por agrotóxico totalizam 59,10% do total destas notificações. Dos 139 municípios do Tocantins, há registros de notificações desse tipo de intoxicação em 77 ou 55,39% dos municípios. Na ficha de notificação do SINAN, o município de residência refere-se ao município informado como residência da pessoa que sofreu a intoxicação e pode ser o município onde ocorreu a intoxicação ou não.

Quanto às faixas etárias, aquela situada entre 20 e 29 anos responde por 25,14% dos casos, enquanto a faixa de 30 a 39 anos responde por 18,78% dos casos. Ou seja, estas são as que apresentam as maiores proporções de intoxicações, ou cerca de 44% dos registros. Estes percentuais se devem a que nessas faixas está a maior parte da força de trabalho, tanto na área urbana quanto na rural, nas quais o contato e a exposição a agrotóxicos são bem mais presentes que nas demais faixas etárias.

É importante observar outras faixas etárias, inclusive crianças. As faixas etárias de um a nove anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, alcançaram percentuais iguais de 11,87%. A faixa etária de maiores de 60 anos de idade registrou um total de 5% de notificações.

Crianças e adolescentes podem ficar expostas aos agrotóxicos caso residam nas áreas de cultivo ou nas suas proximidades, através da aplicação agrícola, da deriva ou excesso de pulverização. Além disso, os pais, ao estarem expostos nas atividades laborais, podem trazer resíduos de agro-

tóxicos em suas roupas e equipamentos, o que possibilita o adoecimento da família, inclusive por câncer. (CURVO; PIGINATI; PIGNATTI, 2013)

No referente aos tipos de agentes tóxicos quanto à finalidade de utilização, os registros apresentam os seguintes percentuais: inseticidas, 29,28%; herbicidas, 27,07% e fungicidas, 4,14%. Verificou-se que alguns dos agentes tóxicos que provocaram intoxicações são produtos com comercialização proibida ou já banidos no Brasil, como os casos do "chumbinho" (Temik – Aldicarb) e do Aldrin (organoclorado).

No mercado de agrotóxicos, produtos entram e às vezes saem por excesso de toxicidade, a exemplo do diclorodifeniltricloroetano (DDT), entre outros. Esta questão requer intenso envolvimento da sociedade civil no enfrentamento das poderosas empresas do ramo. O livro "Primavera silenciosa", de Rachel Carson, foi fundamental para que outros estudos influenciassem na proibição do DDT nos Estados Unidos e em outros países, na década de 1970.

No Brasil, o DDT foi retirado do mercado em 1985, com o cancelamento do registro para uso agrícola e em 1998, com a proibição para uso em campanhas de saúde pública. Porém, foi somente em 2009, através da Lei nº 11.936/2009, que ficou proibida sua fabricação, importação, exportação, manutenção em estoque, comercialização e uso no território brasileiro.

No presente estudo, entre as atividades exercidas que têm registros de casos, a pulverização é a que mais expõe os trabalhadores às intoxicações, seguida da diluição, com 29,28% e 15,47% das notificações, respectivamente.

A principal via de exposição/contaminação é a digestiva, que alcançou mais de 50% das notificações. Esse alto índice pode ter relação com as características das intoxicações humanas agudas, pois os sintomas clínico-laboratoriais são mais conhecidos, possibilitando um melhor diagnóstico e tratamento.

Quanto à circunstância da exposição/contaminação, quase 50% dos registros dizem respeito à forma acidental. Essa condição, na qual o sujeito esteve exposto à intoxicação, tem relação direta com o tipo de agrotóxico utilizado, com a atividade exercida e com a via de exposição/contaminação durante a aplicação do agrotóxico.

Constatou-se que a tentativa de suicídio é a segunda circunstância com o maior número de registros, um valor expressivo de 32,60%. Essa situação

assemelha-se à de outros estados brasileiros, nos quais diversos estudos apontam relação entre suicídio e uso de agrotóxicos. (CARNEIRO et al., 2015)

Em um estudo sobre as intoxicações provocadas por agrotóxicos na microrregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, verificou-se correlação entre a prevalência de intoxicações e tentativas de suicídio pela exposição a agrotóxicos, principalmente nas culturas de algodão e feijão. Outros estudos, entre trabalhadores rurais, concluíram que os agrotóxicos, principalmente os dos grupos dos organofosforados e carbamatos, causam intoxicações agudas e crônicas relacionadas à neurotoxicidade e a distúrbios mentais como irritabilidade, depressão, insônia e perturbação do raciocínio cognitivo. (CARNEIRO et al., 2015)

Um das variáveis relevantes deste estudo é a exposição relacionada ao trabalho. Encontraram-se 36,74% de casos de intoxicações relacionados às atividades laborais. Cabe ressaltar que, dependendo da situação, as condições laborais se conectam com as ambientais quando da exposição de trabalhadores aos efeitos dos agrotóxicos.

A intoxicação aguda única é a que apresenta o maior número de registros com 85,64%. O sexo masculino alcança mais de 57% dos casos. O sexo feminino situou-se com 28,18%, encontrando-se também 3,87% de registros no campo "ignorado" e 1,38% "vazias".

Os achados referentes aos dados das culturas agrícolas associadas ao princípio ativo/nome comercial e ao município são muito incompletos, porém, foi possível analisá-los, mesmo que não mostrem a realidade dessa associação.

Assim, foram encontrados os seguintes resultados:

- 39 municípios (28%) possuem registros com notificações de residência com dados de culturas agrícolas/lavouras associadas à intoxicação por agrotóxico agrícola;
- 16 tipos de culturas agrícolas associadas a agrotóxicos de uso na agricultura;
- 279 notificações em municípios de residência das pessoas intoxicadas sem informação de cultura agrícola/lavoura no estado do Tocantins associadas a culturas agrícolas;

- A região do Cantão é a que mais informou a cultura agrícola associada a algum tipo de cultura/lavoura na ficha de notificação, somando um total de vinte intoxicações;
- 34 (42,5%) das notificações não contêm dados do princípio ativo.

Semelhante aos dados de cultura lavoura/agrícola, a variável “princípio ativo” apresenta informações incompletas, além de vários erros de preenchimento na ficha de investigação do SINAN. As falhas mais comuns referem-se ao não preenchimento do campo específico com os nomes do próprio princípio ativo, o nome comercial ou o nome popular dos agrotóxicos, além de erros na escrita e na digitação. Um exemplo refere-se à citação, em vários campos, do veneno “chumbinho”, que é um granulado feito a partir de outros agrotóxicos de uso exclusivo na lavoura, como inseticida, acaricida ou nematicida.

Além deste, há registros dos seguintes termos no SINAN Tocantins: agrotóxico agrícola, agrotóxico de lavoura, herbicida, mata mato, mata praga, mata tudo, pesticida, pó da china e veneno, entre outros. Além destes, há nomes comerciais de grupos químicos e de princípios ativos como: aldrin, dontom dimy, DMA, cloro, cruiser, furacarb, glifosato, madaldrin, malation, organoclorado etc.

Cabe acrescentar que, em 2018, ano do último período com dados finalizados no SINAN, ocorreram, no estado do Tocantins, 1.934 notificações de intoxicações por todos os agentes tóxicos. Destas, 228 notificações são referentes aos três tipos de agrotóxicos (de uso agrícola, uso doméstico e de saúde pública). Especificamente relacionados a agrotóxicos de uso agrícola, foram 135 registros, cerca de 59% das notificações por agrotóxicos, percentual aproximado ao encontrado no presente trabalho. (BRASIL, 2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo mostram-se relevantes para se ampliar o conhecimento das características da população exposta aos impactos causados pelos agrotóxicos à saúde das pessoas no estado do Tocantins, enfocando perfis sociodemográficos, ambiental e de saúde. E podem for-

necer subsídios aos setores da saúde, da agricultura e do ambiente, às instituições acadêmicas e à sociedade civil organizada a traçarem estratégias conjuntamente para o fortalecimento de ações que reduzam os impactos do uso dos agrotóxicos na saúde da população e no meio ambiente no estado do Tocantins, bem como em todo o país.

Também foi fornecido um conjunto de informações que favorece a percepção de algumas questões relacionadas ao uso do banco de dados sobre agravos de notificação utilizado no sistema de gestão do setor saúde. É fundamental ampliar a compreensão de que os dados são essenciais para o processo de construção da informação. Ao se utilizar uma fonte como essa – o banco de dados do SINAN – é possível transformá-la em fonte de informação e conhecimentos relevantes para a gestão da saúde.

Na trajetória da construção de estratégias para o enfrentamento das intoxicações por agrotóxicos é imperativo ampliar o foco para a vigilância em saúde, que, conforme o seu conceito, inclui a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador, a vigilâncias sanitária e a epidemiológica. Segundo o Ministério da Saúde, “transcende os espaços institucionalizados do ‘sistema de serviços de saúde’ e se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental, envolvendo uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais”. (BRASIL, 2012, p. 7)

Como alertam Mello e Silva (2013), existe uma percepção difusa de um baixo número de notificações de intoxicação por agrotóxicos, o que pode estar relacionado ao fato de que os dados oficiais estão limitados às notificações hospitalares que estão associadas às intoxicações agudas e ainda, conforme Silva e Costa (2018), é necessário aprofundar estudos que apontem um maior conhecimento sobre as intoxicações crônicas, além de fortalecer os esforços do Sistema Único de Saúde na promoção de estratégias para a efetiva implementação da Vigilância das Populações Expostas aos Agrotóxicos.

É possível afirmar que os sistemas oficiais de informação que notificam os casos de intoxicações não atendem, de forma satisfatória, os objetivos do sistema de vigilância. Na prática, só são registrados os casos agudos e mais graves. (FARIA; FASSA; FACCHINI, 2007)

As limitações encontradas nos dados do SINAN indicam que é essencial qualificar a alimentação deste sistema de informação e intensificar o

monitoramento e as análises sistemáticas das intoxicações por agrotóxicos, de modo a favorecer tomadas de decisão mais efetivas na gestão da vigilância das populações expostas aos agrotóxicos.

Num cenário de crescente utilização de agrotóxicos no estado do Tocantins, como de resto em todo o país, e de expansão da fronteira agrícola no modelo predominante da monocultura sob uso intensivo de agrotóxicos, cresce o desafio à regulação desses químicos, sobretudo face ao expressivo número de autorização de agrotóxicos no atual governo brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Relatório Complementar relativo à Segunda Etapa das Análises de Amostras Coletadas em 2012*. Brasília, DF: Anvisa, 2014.

ALMEIDA, M.S.M. *Trabalho na agricultura, agrotóxicos e câncer de estômago*. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29011>. Acesso em: 10 jan. 2020.

AQUINO, Y. M.; ROHLFS, D. B. Intoxicações por agrotóxicos no Brasil: o papel da vigilância em saúde. *PUC Goiás*, [Goiânia], 2013. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Intoxica%C3%A7%C3%B5es%20por%20agrot%C3%B3xicos%20no%20Brasil%20o%20papel%20da%20vigil%C3%A2ncia%20em%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Afinal, o Brasil é o maior consumidor de agrotóxico do mundo?. *Abrasco*, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinio/afinal-o-brasil-e-o-maior-consumidor-de-agrotoxico-do-mundo/41450/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BELO, M. S. P.; PIGNATI, W.; Dores, E. F. G. *et al.* Uso de agrotóxicos na produção de soja do estado do Mato Grosso: um estudo preliminar de riscos ocupacionais e ambientais. *Revista brasileira saúde ocupacional*, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 78-88, 2012.

BOMBARDI, L. M. *Pequeno ensaio cartográfico sobre o uso de agrotóxicos no Brasil*. São Paulo: Laboratório de Geografia Agrária, 2016.

BRASIL. Decreto nº 4.074/2002, de 4 de janeiro de 2002. Regulamenta a Lei nº7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação,

a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 5, p. 1-7, 8 jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento orientador para a implementação da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020:

CARNEIRO, F. F.; AUGUSTO, L. G. S.; RIGOTTO, R. M. *et al.* (org.). *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2015.

COSTA, E. A. Regulação e Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (org.). *Rouquayrol: epidemiologia e saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. p. 461-486.

CURVO, H. R. M.; PIGINATI, W. A.; PIGNATTI, M. G. Morbimortalidade por câncer infanto-juvenil associada ao uso agrícola de agrotóxicos no estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 10-17, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000100003>. Acesso em: 4 mar. 2019.

FARIA, N. M. X.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 25-38, 2007.

FAVEIRO, J. L.; MEUCCI, R. D.; FARIA, N. M. X. *et al.* Consumo de bebida alcoólica entre fumicultores: prevalência e fatores associados. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 871-882, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.13102016>. Acesso em: 15 jan. 2020.

IBAMA. *Produtos agrotóxicos e afins comercializados em 2009 no Brasil: uma abordagem ambiental*. Brasília, DF: IBAMA, 2010.

IBAMA. *Relatórios de comercialização de agrotóxicos*. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2019. Disponível em: <https://ibama.gov.br/agrotoxicos/relatorios-de-comercializacao-de-agrotoxicos#sobreosrelatorios>. Acesso em: 27 jan. 2020.

IBGE. *Indicadores de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

LONDRES, F. *Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida*. Rio de Janeiro: ANA - Articulação Nacional de Agroecologia: RBJA - Rede Brasileira de Justiça Ambiental, 2011.

MELLO, C. M.; SILVA, L. F. Fatores associados à intoxicação por agrotóxicos: Estudo

transversal com trabalhadores da cafeicultura no sul de Minas Gerais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v.22 n. 4, p. 609-620, 2013.

Murakami, Y.; Pinto, N. F.; Albuquerque, G. S. C. et al. Intoxicação crônica por agrotóxicos em fumicultores. *Saúde em debate*, São Paulo, v. 41, n. 113, p. 563-576, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711317>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PAIM, J. S. O Futuro do SUS. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, 2012.

PAIM, J. S. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: EdUSP, 2006.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 19. ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SILVA, S. L. O.; COSTA, E. A. Intoxicações por agrotóxicos no estado do Tocantins: 2010–2014. *Vigilância Sanitária em Debate*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01188>. Acesso em: 4 mar. 2019.

Silva, S. L. O. *Intoxicações por agrotóxicos no estado do Tocantins 2010-2014*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Instituto de Ciência e Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21641>. Acesso em: 15 jan. 2020.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano estadual de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos do estado do Tocantins*. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2013.

Capítulo 9

ACIDENTES DE TRABALHO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Regiany Calazans Lameira

Sheila Maria Alvim Matos

INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade tipicamente humana e o ambiente de trabalho deve oferecer ao trabalhador condições salubres para o exercício de suas funções. (COTRIM; FERNANDES, 2010) No entanto, mesmo em ambiente de trabalho favorável, há a necessidade de uma consciência conservadora do trabalhador em relação aos riscos laborais nos quais ele se encontra em serviço contínuo e diário. Assim, cercar-se de um local seguro, com disponibilidade de materiais e equipamentos para prevenção de riscos, além de utilizá-los conforme a necessidade, torna mais seguro o processo de trabalho.

A preocupação e o cuidado com os processos de serviços dos profissionais de enfermagem advêm do saber que muitos acidentes de trabalho ocorridos nas instituições hospitalares poderiam ser evitáveis, e que o eficiente registro do caso nem sempre está garantido. Esta inquietação justificou o interesse para realizar este estudo que tem como propósito

reforçar as políticas focadas na saúde do trabalhador no âmbito hospitalar para vivenciar uma cultura mais sólida em relação às medidas preventivas, notificações dos acidentes e acompanhamento rigoroso dos trabalhadores envolvidos nos casos.

Acidente de trabalho (AT) é um evento que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. (BRASIL, 1991) No mundo, ocorrem anualmente 337 milhões de AT não fatais, que resultam, no mínimo, em três dias de afastamento do trabalho. Além disso, ocorrem 2,31 milhões de mortes relacionadas por acidentes e doenças, das quais 1,95 milhão por doenças e 358 mil por acidentes. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2015)

Na história da saúde pública do Brasil, a promoção à saúde do trabalhador passou a ser uma das metas primordiais determinadas pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e sua lei orgânica da saúde, de 1990. No entanto, mesmo após duas décadas de ações sistemáticas são encontrados elementos que ressoam os desafios vigentes da realidade brasileira no tocante aos acidentes de trabalho. Entre 2007 e 2013, ocorreram aproximadamente cinco milhões de acidentes ocupacionais. Em 2014, foram registrados 704.136 AT, 2.783 óbitos e 15.571 casos de doenças relacionadas ao trabalho. O país é considerado o quarto no *ranking* mundial de acidentes de trabalho. (BRASIL, 2014)

Este trabalho teve como o objetivo principal analisar as ocorrências e características dos acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem nas unidades hospitalares públicas no município de Palmas-TO.

RISCOS E ACIDENTES OCUPACIONAIS RELACIONADOS AO TRABALHO DA ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem é formada por profissionais de nível superior e de nível técnico que desempenham funções específicas e previamente determinadas pela legislação da categoria profissional. Ela é composta pelo profissional enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem estão expostos a riscos ocupacionais como os físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais e biológicos. (NAPOLEÃO et al., 2000) Além desses, há também os riscos mecânicos.

Situações de risco observadas no ambiente de trabalho onde atua o profissional de enfermagem podem tornar-se nocivas, podendo causar sofrimento, lesão, doença ou afetar o bem-estar do trabalhador. Sabe-se que a gravidade dessas lesões depende de sua intensidade, do tempo de contato com os agentes causadores ou da susceptibilidade de cada pessoa. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010)

Em um estudo realizado entre os profissionais de enfermagem em os acidentes estavam distribuídos entre torções, escoriações, quedas, entre outros, e 38,5% foram ocasionados por materiais perfurocortantes. (BERNARDINO; PAIZANTE, 2007)

É importante ressaltar que os acidentes de trabalho decorrentes da exposição a materiais biológicos nas unidades hospitalares, a partir do contato direto ou indireto com sangue e outros fluidos corporais, expõe os profissionais a doenças infecciosas com graves consequências à saúde dos trabalhadores, especialmente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatite B ou C. (ROWE; GIUFFRÉ, 1991)

NOTIFICAÇÃO E SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

O registro de AT é garantido pela legislação federal brasileira por meio da comunicação de acidente de trabalho (CAT) para os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para todos os trabalhadores. (ASSIS et al., 2012)

O SINAN vem conduzindo o processo de notificação de AT por meio de uma rede informatizada para apoiar o processo de investigação e ajudar na análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. (BAHIA, 2009) Considerando a necessidade de obter informações de forma consistente e ágil, foram incorporados ao SINAN onze agravos relacionados ao trabalho que devem ser notificados pelas unidades de saúde componente da Rede Sentinela estadual. (BRASIL, 2004)

Os serviços de saúde têm a obrigação de notificar os AT. Os agravos em saúde do trabalhador são de notificação compulsória e estão elencados na Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, e Portaria nº 1.984, de 12 de setembro de 2014. O SINAN disponibiliza fichas de notificação padronizadas em todo território nacional para os agravos decorrentes de AT.

No entanto, apesar da existência de instrumentos que subsidiam o registro dos acidentes ocupacionais, a subnotificação é uma realidade que se encontra na maioria das instituições públicas e empresas privadas. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que apenas 3,9% dos acidentes de trabalho são notificados. (HÄMÄLÄINEN; TAKALA; SAARELA, 2006)

METODOLOGIA

A capital do estado do Tocantins possui três hospitais públicos situados no centro da cidade. Foi realizado um estudo de série de casos, identificando as unidades hospitalares públicas como H1, H2 e H3. Os hospitais H1 e H2 estão classificados como hospital de porte III e o H3 é hospital de porte II. Todos atendem urgência e emergência. Esse sistema de classificação hospitalar está de acordo com as características estruturais e funcionais dos estabelecimentos levando em consideração a quantidade de leitos cadastrados, leitos de UTI, tipos de UTI, serviços de alta complexidade, de urgência e emergência, de atendimento de gestação de alto risco e quantitativo de salas cirúrgicas. (BRASIL, 2002) Todos estão subordinados à gestão e à gerência da secretaria estadual de saúde.

Os dados da pesquisa foram obtidos do SINAN, disponibilizados pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Os registros analisados foram todas as notificações no SINAN envolvendo profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) notificados por acidente de trabalho no período de 2010 a 2014 em todas as unidades hospitalares públicas do município de Palmas. Foram incluídas três fichas de notificação de agravos à saúde do trabalhador que são acidente de trabalho grave (AT Grave), acidente de trabalho com exposição à material biológico (ATMB) e intoxicação exógena.

A população de estudo foi composta por 257 profissionais de enfermagem, dos quais 251 foram notificados com acidentes relacionados

ao ATMB e seis ao AT Grave. Para caracterizar as vítimas dos acidentes de trabalho foram utilizadas as variáveis: faixa etária, sexo, ocupação, situação de trabalho e tempo de trabalho. Para caracterizar os acidentes de trabalho analisou-se a circunstância do acidente, tipo de exposição, material orgânico, agente e uso de equipamento de proteção individual. Para identificar as condutas adotadas após o acidente de trabalho, foram escolhidas as variáveis evolução e conduta. Foi realizada a análise descritiva das variáveis contínuas e analisadas proporções para as variáveis categóricas do estudo. Os dados foram processados com a utilização do Programa Stata®, versão 13 e as tabelas foram construídas no Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação e discussão dos resultados foram considerados as seguintes dimensões: ocorrência de acidentes de trabalho, características das vítimas de acidentes de trabalho, características dos acidentes de trabalho e condutas adotadas após o acidente de trabalho.

Ocorrência de acidentes de trabalho

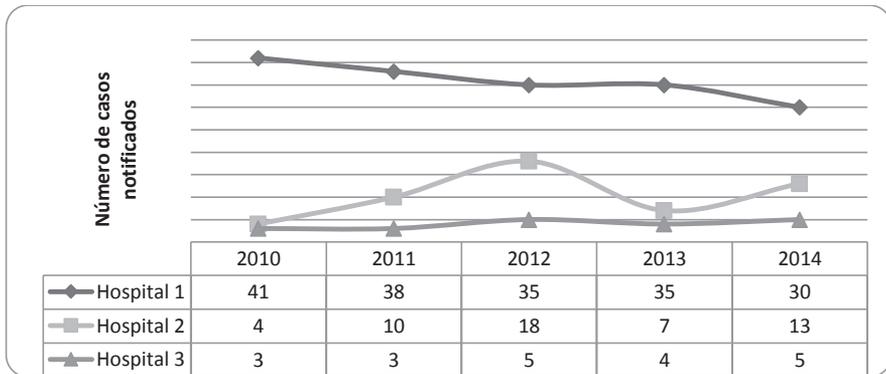
Foram estudados todos os 257 casos de acidentes de trabalho ocorridos nos três hospitais públicos no período de 2010 a 2014. Foram registrados 251 acidentes de trabalho com exposição a material biológico e seis AT grave. Não houve ocorrência de acidente por intoxicação no período estudado. A Figura 1 apresenta o número de ATMB com os profissionais de enfermagem por ano de notificação em todas as unidades hospitalares públicas de Palmas-TO.

Ao comparar o número de ocorrências de AT nos hospitais públicos do município de Palmas com hospitais de outros estados, percebeu-se um menor número de notificações de AT nas instituições H1, H2 e H3. No estudo de Sêcco e Robazzi (2007), realizado em um hospital geral, terciário e público do estado de Paraná, com número médio anual de 634 profissionais de enfermagem, foram registradas 392 notificações de ATMB, no período de 1997 a 2002. Considerando que no H1, H2 e H3 havia em mé-

dia 1.505, 535 e 253 trabalhadores de enfermagem, respectivamente, e, ao se realizar um estudo comparativo proporcional (número de ATMB no período estudado/número de trabalhadores de enfermagem), observou-se que a ocorrência de ATMB notificados nos H1 (0,11), H2 (0,09) e H3 (0,07) foi inferior ao hospital de ensino da região Sul (0,61). O resultado desta análise sugere que os hospitais H1, H2 e H3 apresentaram relativamente menos notificações em relação aos demais hospitais de outras regiões do Brasil, possivelmente devido à subnotificação dos AT.

Outro estudo, também realizado em um dos hospitais de Palmas-TO, apontou que aproximadamente 36% dos casos de ATMB não foram notificados, o que reforça a hipótese de que o baixo índice de AT ocorridos, principalmente no H1, pode estar relacionado à falta de notificação pelos próprios trabalhadores de enfermagem. (MACHADO; MACHADO, 2011) Alguns fatores podem contribuir para a ausência dessas notificações, a saber: receio de perder o emprego caso notifique o acidente; os setores de segurança do trabalho onde são realizadas as notificações funcionam apenas em horário comercial, o que muitas vezes dificulta para o profissional que trabalha no período noturno se deslocar em outro turno para registrar o acidente; esquecimento e/ou desinteresse do profissional que foi vítima de AT durante o final de semana; ausência de educação continuada sistemática ou suficiente conhecimento dos profissionais sobre os protocolos inerentes nas unidades em relação aos AT e a falta de tempo para a notificação dos profissionais, especialmente aqueles que apresentam mais de um vínculo empregatício.

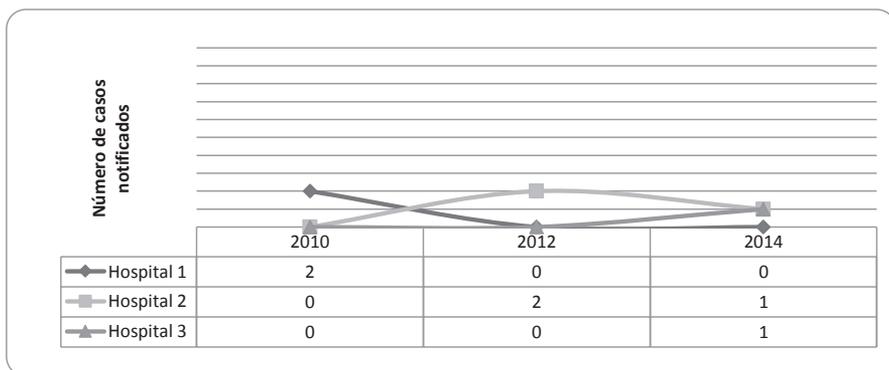
Figura 1 – Número de acidentes de trabalho com material biológico entre os profissionais de enfermagem por ano da notificação nas unidades hospitalares públicas de Palmas-TO (2010-2014)



Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

Na Figura 2, encontram-se os dados referentes ao número de casos notificados que envolveram profissionais de enfermagem em acidentes de trabalho grave nas unidades hospitalares públicas de Palmas-TO. O número de registros variou de zero a dois casos por ano entre 2010 e 2014.

Figura 2 – Número de AT grave entre os profissionais de enfermagem por ano da notificação. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)



Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

Características das vítimas de acidentes de trabalho

Quanto às características dos profissionais envolvidos nos ATMB, destacaram-se trabalhadoras do sexo feminino (92,0%). Pouco mais de um terço tinha entre 30 a 39 anos (38,2%). No tocante à categoria ocupacional, os técnicos de enfermagem concentraram o maior número de casos registrados (82,0%). A situação de trabalho mais frequente foi de empregado (91,2%) seguido de outros vínculos (29,8%). Quanto ao tempo de trabalho, os profissionais que apresentavam até três anos de tempo de serviço foram os mais acidentados (49,8%) (Tabela 1).

Em relação aos AT graves, a maioria dos profissionais acidentados gravemente era do sexo feminino (83,3%). A maioria dos profissionais (50%) situava-se entre a faixa etária de 40 a 61 anos. No tocante a ocupação foi maior o número de profissionais técnicos de enfermagem (66,6%). Todos os trabalhadores vitimados tinham vínculo permanente. Quanto ao tempo de trabalho, três profissionais apresentavam até três anos de serviço (50%) e três apresentavam sete ou mais (50%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Proporção de ATMB e AT grave entre os profissionais de enfermagem, segundo características das vítimas. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)

	ATMB	AT GRAVE
Variáveis	n (%)	n (%)
Sexo		
Feminino	231 (92,0)	5 (83,3)
Masculino	20 (7,9)	1 (16,6)
Faixa etária		
20 – 29 anos	81 (32,2)	2 (33,3)
30 – 39 anos	96 (38,2)	1 (16,6)
40 – 61 anos	74 (29,4)	3 (50,0)
Ocupação		
Enfermeiro	30 (11,9)	1 (16,6)
Técnico de Enfermagem	206 (82,0)	4 (66,6)
Auxiliar de Enfermagem	15 (5,9)	1 (16,6)
Situação de trabalho		
Empregado	229 (91,2)	6 (100,0)
Temporário	5 (1,9)	-

	ATMB	AT GRAVE
VARIÁVEIS	N (%)	N (%)
Outros/Ignorado	17 (29,8)	-
Tempo de trabalho		
Até 3 anos	125 (49,8)	3 (50,0)
4- 6 anos	39 (15,5)	-
7 ou mais	40 (15,9)	3 (50,0)
Ignorado	47 (18,7)	-

Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

Os resultados apresentados nesta pesquisa são semelhantes a outros estudos, como o de Giacotti e demais autores (2014), realizado em um hospital público do Sul, no qual foi verificado o predomínio do sexo feminino (87,3%) e a faixa etária de 20 a 30 anos (45,6%). No estudo de Araújo e demais autores (2012), realizado em um hospital de referência situado no Nordeste brasileiro, observou-se número expressivo (94,7%) de AT com os profissionais do sexo feminino e maior número na faixa etária de 19 a 30 anos (39,7%). Esse fato pode ser explicado porque, historicamente, a profissão de enfermagem é composta majoritariamente pela população feminina. Segundo os dados do Conselho Federal de Enfermagem, a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, os quais correspondem a 87,24% dos profissionais registrados nos conselhos regionais de enfermagem do Brasil. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011)

Em relação à faixa etária, os adultos jovens são os profissionais mais vitimados de acordo com as literaturas supracitadas (Araújo et al., 2012; Giacotti et al., 2014), no entanto, nos hospitais H1, H2 e H3, a frequência foi maior na faixa etária de 30 a 39 anos. Esses dados sugerem que, apesar da idade um pouco mais avançada em relação aos demais estudos, o tempo de serviço de até três anos (com notificação mais frequente) pode ser um fator indicativo de inexperiência e insegurança na realização das técnicas de enfermagem.

No estudo de Lima, Oliveira e Rodrigues (2011), realizado em um hospital de Santa Casa, no sul do país, verificou-se que a profissão mais acometida foi a dos técnicos de enfermagem. Observa-se resultados diferentes, realizado por Valim e Marziale (2011), em um município situado no Sudeste,

onde a maior parte dos acidentados correspondeu à classe dos auxiliares (49,4%) seguido de técnicos de enfermagem (14,1%). Assim, os resultados revelam que os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem estavam envolvidos em um maior número de AT. Este fato pode ser explicado por serem a maioria de trabalhadores nas unidades hospitalares e pela sua atividade ocupacional ao realizar assistência direta aos pacientes.

Características dos acidentes de trabalho

A atividade de administração de medicação concentrou o maior número de casos de acidentes (55,3%) e predominou durante o procedimento de mensuração da glicemia, administrações venosas e descarte (Tabela 2). Quanto ao tipo de exposição, os casos mais frequentes ocorreram por via percutânea (84,0%). Além disso, o material orgânico mais frequentemente envolvido nos ATMB foi sangue / fluido com sangue / soro e plasma (89,6%). O agente de maior relevância foi a agulha com e sem lúmem (76,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Proporção de ATMB entre os profissionais de enfermagem, segundo circunstância do acidente, tipo de exposição, material orgânico e agente. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)

VARIÁVEIS	N	%
Circunstância do acidente		
Na administração de medicação	139	55,3
Durante o descarte de perfurocortante	50	19,9
Na lavagem de material	10	3,9
Realizando procedimentos	18	7,1
Outros	34	13,5
TIPO DE EXPOSIÇÃO		
Percutânea	211	84,0
Mucosa	30	11,9
Pele íntegra	21	8,3
Pele não íntegra	1	0,4
Outros	1	0,4
MATERIAL ORGÂNICO		
Sangue/Fluido com sangue/Soro e plasma	225	89,6

VARIÁVEIS	N	%
MATERIAL ORGÂNICO		
Líquidos orgânicos	6	2,3
Outros	20	7,9
AGENTE		
Agulha com e sem lúmen	191	76,0
Lâminas	11	4,3
Intracath/Vidros	3	1,1
Outros	45	17,9
Ignorado	1	0,3

Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

Resultados semelhantes foram obtidos nos estudos de Araújo e demais autores (2012) e Brune e Brune (2014), em que observaram que o maior número de agente causador do AT foi a agulha com lúmen seguida da agulha sem lúmen. Para Valim e Marziale (2011), o sangue esteve presente em 80% dos casos registrados, sendo a exposição percutânea a mais acometida pelos profissionais vitimados.

Quanto ao uso de equipamento de proteção individual (EPI), no momento da exposição, profissionais que não usavam luvas (46,8%) foram os que mais se acidentaram no momento do descarte de materiais. Registraram-se 34,0% dos acidentes ocorridos com trabalhadores que não usavam luvas no momento da administração de medicamentos (Tabela 3). A ausência do uso de avental (44,2%) foi mais frequente nos acidentes durante administração de medicamentos.

Tabela 3 – Associação entre a circunstância do ATMB envolvendo profissionais de enfermagem e o uso de Equipamento de Proteção Individual. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)

CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE						
USO DE EPI		ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	Descarte de perfurocortante	LAVAGEM DE MATERIAL	DURANTE PROCEDIMENTOS	OUTROS
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Luva						
Sim	03 (0,8)	122 (60,1)	28 (13,7)	10 (4,9)	16 (7,8)	27 (13,3)

CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE						
USO DE EPI		ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	Descarte de perfurocortante	LAVAGEM DE MATERIAL	DURANTE PROCEDIMENTOS	OUTROS
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Não	47 (18,7)	16 (34,0)	22 (46,8)	-	2 (4,2)	7 (14,8)
Ignorado	1 (0,3)	1 (100,0)	-	-	-	-
Avental						
Sim	190 (75,6)	112 (58,9)	27 (14,2)	9 (4,7)	16 (8,4)	26 (13,6)
Não	1 (24,3)	27 (44,2)	23 (37,7)	1 (1,6)	2 (3,2)	8 (13,1)
Ignorado	-	-	-	-	-	-
ÓCULOS						
Sim	33 (13,1)	17 (51,5)	6 (18,1)	2 (6,0)	7 (21,2)	1 (3,0)
Não	217 (86,4)	121 (55,7)	44 (20,2)	8 (3,6)	11 (5,0)	33 (15,2)
Ignorado	1 (0,3)	1 (100,0)	-	-	-	-
MÁSCARA						
Sim	100 (39,8)	52 (52,0)	14 (14,0)	6 (6,0)	13 (13,0)	15 (15,0)
Não	150 (59,7)	87 (58,0)	36 (24,0)	4 (2,6)	5 (3,3)	18 (12,0)
Ignorado	1 (0,3)	-	-	-	-	1 (100,0)
PROTEÇÃO FACIAL						
Sim	28 (11,1)	14 (50,0)	4 (14,2)	2 (7,1)	5 (17,8)	3 (10,7)
Não	222 (88,4)	125 (56,3)	46 (20,7)	8 (3,6)	13 (5,8)	30 (13,5)
Ignorado	1 (0,3)	-	-	-	-	1 (100,0)
Bota						
Sim	77 (30,6)	44 (57,1)	11 (14,2)	2 (2,6)	13 (16,8)	7 (9,0)
Não	172 (68,5)	95 (55,2)	38 (22,0)	8 (4,6)	5 (2,9)	26 (15,1)
Ignorado	1 (0,3)	-	1 (100,0)	-	-	-

Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

A frequência do uso de EPI por profissionais de enfermagem tem sido registrada em estudos prévios e variou a depender da instituição analisada. No momento da exposição, 68,6% profissionais usavam luvas, 59,9% usavam máscara, 12,9% usavam avental e 10,5% usavam óculos. (OLIVEIRA et al., 2015) Já em outro estudo, 21,2% dos acidentados usavam luvas, 11,5% estavam de máscara e 7,8% usavam avental. (ARAÚJO et al., 2012) Apesar do uso do EPI ser mais elevado nos hospitais H1, H2 e H3, em relação a outras instituições descritas na literatura, ainda há necessidade de se realizar uma educação continuada sistemática no processo de serviço para incentivar o seu uso de forma contínua e consistente.

Estratificando a variável circunstância do acidente segundo o sexo, faixa etária, ocupação, situação de trabalho e tempo de trabalho, observou-se que foi maior o número de ocorrências de ATMB durante a administração de medicação com técnicos de enfermagem do sexo feminino com faixa etária de 30 a 39 anos e tempo de serviço de até 3 anos (Tabela 4).

As mulheres e homens se acidentaram com mais frequência durante a administração de medicação (56,2%). Os profissionais entre 30 a 39 anos se acidentaram em maior número durante a administração de medicação (57,2%), bem como aqueles que apresentavam tempo de serviço de até três anos (48,0%). A categoria profissional técnico de enfermagem foi a que mais se acidentou durante a administração de medicação (56,3%).

Tabela 4 – Associação entre a circunstância do ATMB e características das vítimas. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)

Variáveis	CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE				
	Administração de medicação	Descarte de perfurocortante	Lavagem de material	Durante procedimentos	Outros
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo					
Feminino	130 (56,2)	45 (19,4)	10 (4,3)	15 (6,4)	31 (13,4)
Masculino	9 (45,0)	5 (25,0)	-	3 (15,0)	3 (15,0)
Faixa etária					
20-29	44 (54,3)	12 (14,8)	2 (2,4)	8 (9,8)	15 (18,5)
30-39	55 (57,2)	19 (19,7)	3 (3,1)	5 (5,2)	14 (14,5)
40-61	40 (54,0)	19 (25,6)	5 (6,7)	5 (6,7)	5 (6,7)
Ocupação					

Variáveis	CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE				
	Administração de medicação	Descarte de perfurocortante	Lavagem de material	Durante procedimentos	Outros
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermeiro	15 (50,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	9 (30,0)
Téc. enfermagem	116 (56,3)	46 (22,3)	8 (3,8)	13(6,3)	23 (11,1)
Aux. enfermagem	8 (53,3)	3 (20,0)	1 (6,6)	1 (6,6)	2 (13,3)
Situação de trabalho					
Empregado	126 (55,0)	46 (20,0)	10 (4,3)	17 (7,4)	30 (13,1)
Temporário	1 (20,0)	2 (40,0)	-	-	2 (40,0)
Outros/Ignorado	2 (70,5)	2 (11,7)	-	1 (5,8)	2 (11,7)
Tempo de trabalho					
Até 3 anos	60 (48,0)	31 (24,8)	7 (5,6)	8 (6,4)	19 (15,2)
4-6 anos	25 (64,1)	5 (12,8)	1 (2,5)	3 (7,6)	5 (12,8)
7 anos ou mais	21 (52,5)	10 (25,0)	1 (2,5)	3 (7,5)	5 (12,5)
Ignorado	33 (70,2)	4 (8,5)	1 (2,1)	4 (8,5)	5 (10,6)

Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

Quanto ao tipo de acidente de trabalho grave foram identificados que os casos mais frequentes apresentaram como causa o motociclismo ocasionando traumatismos não especificados envolvendo regiões múltiplas do corpo e fratura de mandíbula. Metade dos profissionais de enfermagem vitimados apresentaram sequelas que culminaram na incapacidade parcial para o exercício do trabalho. Apesar do pequeno número de registros de AT grave, notificados no período, é relevante problematizar questões inter-setoriais entre saúde e trânsito, uma vez que os mais graves acidentes não foram aqueles observados no âmbito hospitalar.

Quadro 1 – Distribuição dos AT graves entre os profissionais de enfermagem segundo descrição das causas dos acidentes, diagnóstico da lesão e evolução do caso. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)

DESCRIÇÃO DAS CAUSAS DOS ACIDENTES (CID 10)	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA LESÃO CONFORME CID 10	TIPO DE ACIDENTE	EVOLUÇÃO
Contato com ferramentas manuais sem motor	Traumatismo de músculos extensores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão	Típico	Incap. Parcial
Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados	Fratura de mandíbula	Trajeto	Incap. Parcial
Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão	Fratura de clavícula	Trajeto	Incap. Parcial
Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados	Outros traumatismos especificados envolvendo regiões múltiplas do corpo	Trajeto	Cura
Queda em ou de escadas ou degraus	Contusão de outras partes e partes não especificadas do pé	Típico	Cura
Corte, punção, perfuração ou hemorragia acidentais durante a prestação de cuidados	Traumatismo do músculo extensor e tendão de dedo ao nível do punho e mão	Típico	Outro

Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

Condutas adotadas após o acidente de trabalho

Quanto ao AT grave, todos os profissionais de enfermagem vitimados receberam atendimento médico e foram identificadas as evoluções dos casos quanto à incapacidade parcial (n=3), Cura (n=2) e Outros (n=1) (Quadro 1).

Em relação às condutas adotadas dos profissionais de enfermagem após o ATMB, observou-se elevado o número de profissionais sem indicação de quimioprofilaxia (84,4%) em relação aos profissionais acidentados que tiveram indicação como AZT+3TC (5,1%), AZT + 3TC + Indinavir (1,9%), imunoglobulina humana contra hepatite B (0,3%); Vacina contra hepatite B (1,1%) e outro esquema Antirretroviral (0,3%) (Tabela 5). Não houve registro de recusa da quimioprofilaxia indicada pelos trabalhadores vitimados. Neste estudo, importa destacar que foram detectados casos sem descrição da pro-

filaxia utilizada (n=14), ou seja, o profissional vitimado recebeu a indicação de quimioprofilaxia, mas não foi descrito o tratamento que lhe foi indicado.

No estudo de Araújo e demais autores (2012), 31,4% não tiveram indicação de quimioprofilaxia, 26,3% fizeram uso da vacina contra hepatite B, 24,9% usaram a combinação AZT + 3TC; 14,1% teve indicação de imunoglobulina humana contra hepatite B; 10% usaram outro esquema de antirretroviral. Já para Lima, Oliveira e Rodrigues (2011), 8% dos acidentados necessitaram de medicamentos antirretrovirais para HIV.

Tabela 5 – Associação entre a circunstância do ATMB envolvendo profissionais de enfermagem e a conduta dos casos. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)

CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE						
Conduta		Administração de medicação	Descarte de perfurocortante	Lavagem de material	Durante procedimentos	Outros
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
INDICAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA						
Sim	37(14,7)	16(43,2)	12(32,4)	1(2,7)	3(8,1)	5(13,5)
Não	212(84,4)	122(57,5)	37(17,4)	9(4,2)	15(7,0)	29(13,6)
RECUSOU QUIMIOPROFILAXIA INDICADA						
Sim	0(0,00)	-	-	-	-	-
Não	37(14,7)	16(43,2)	12(32,4)	1(2,7)	3(8,1)	5(13,5)
*AZT+ **3TC						
Sim	13(5,1)	5(38,4)	3(23,0)	-	1(7,6)	4(30,7)
Não	236(94,0)	133(56,3)	46(19,4)	10(4,2)	17(7,2)	30(12,7)
AZT+3TC + Indinavir						
Sim	5(1,9)	1(20,0)	4(80,0)	-	-	-
Não	244(97,2)	137(56,1)	45(18,4)	10(4,1)	18(7,3)	34(13,9)
AZT+3TC+Nelfinavir						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	248(98,8)	137(55,2)	49(19,7)	10(4,0)	18(7,2)	34(13,7)
IMUNOGLOBULINA HUMANA CONTRA HEPATITE B						
Sim	1(0,3)	1(100,0)	-	-	-	-
Não	248(98,8)	137(55,2)	49(19,7)	10(4,0)	18(7,2)	34(13,7)

CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE						
Conduta		Administração de medicação	Descarte de perfurocortante	Lavagem de material	Durante procedimentos	Outros
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
VACINA CONTRA HEPATITE B						
Sim	3(1,1)	3(100,0)	-	-	-	-
Não	246(98,0)	135(54,8)	49(19,9)	10(4,0)	18(7,3)	34(13,8)
OUTRO ESQUEMA DE ARV						
Sim	1(0,3)	1(100,0)	-	-	-	-
Não	247(98,4)	136(55,0)	49(19,8)	10(4,0)	18(7,2)	34(13,7)

* AZT: medicamento Zidovudina; ** 3TC: medicamento Lamivudina.

Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

A maioria dos casos com indicação de quimioprofilaxia ocorreu no momento da administração de medicamentos, seguido do descarte (Tabela 5). Nenhum caso recusou quimioprofilaxia indicada ou necessitou das drogas combinadas AZT+3TC+Nelfinavir.

Quanto à evolução dos casos, após o ATMB, não foram observados registros de alta com conversão sorológica e óbito (Tabela 6). Foram frequentes os profissionais que apresentaram alta sem conversão sorológica (70,1%).

Tabela 6 – Associação entre a circunstância do ATMB envolvendo profissionais de enfermagem e a evolução dos casos. Unidades hospitalares públicas, Palmas-TO (2010-2014)

EVOLUÇÃO	CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE					
		ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	DESCARTE DE PERFUROCORTANTE	LAVAGEM DE MATERIAL	DURANTE PROCEDIMENTOS	OUTROS
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Alta com conversão sorológica	-	-	-	-	-	-
Alta sem conversão sorológica	176(70,1)	98 (55,6)	40(22,7)	8 (4,5)	6 (3,4)	24(13,6)

EVOLUÇÃO	CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE					
		ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	DESCARTE DE PERFUROCORTANTE	LAVAGEM DE MATERIAL	DURANTE PROCEDIMENTOS	OUTROS
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Alta paciente fonte negativa	39(15,5)	24 (61,5)	4(10,2)	1(2,5)	4(10,2)	6(15,3)
Abandono do tratamento	34(13,5)	16(47,0)	5(14,7)	1(2,9)	8(23,5)	4(11,7)
Ignorado	2(0,7)	1(50,0)	1(50,0)	-	-	-
Óbito	-	-	-	-	-	-

Fonte: elaborado pelos autores com dados extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2015).

Ao associar a variável evolução da conduta com os tipos de acidente de trabalho, observou-se que nenhum caso recebeu alta com conversão sorológica ou foi a óbito. A maioria dos casos, decorrentes da administração de medicação, obteve alta de paciente fonte negativa (Tabela 6).

Resultados diferentes foram obtidos no estudo de Valim e Marziale (2011), no qual a maioria dos profissionais vitimados obteve alta devido ao paciente fonte apresentar sorologia negativa (48,2%) e alta sem conversão sorológica (22,4%). Diante disso, deve-se salientar a importância do acompanhamento de, no mínimo, seis meses, dos profissionais que se acidentaram, incluindo a realização de testes sorológicos bem como a necessidade de um correto preenchimento da notificação. (VALIM; MARZIALE, 2011)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes de trabalho nas unidades hospitalares têm sido um dos grandes problemas que acometem os profissionais de enfermagem, uma vez que eles estão inseridos em um processo de trabalho com elevado risco ocupacional. Os acidentes de trabalho com exposição a material biológi-

co foram os mais frequentes (97,6%), quando comparados ao acidente de trabalho grave (2,4%). Não houve ocorrência de intoxicações exógenas.

Profissionais do sexo feminino, com faixa etária de 30 a 39 anos, técnicas de enfermagem, empregadas na instituição hospitalar e aquelas com tempo de serviço de até três anos foram as mais expostas em todos os hospitais estudados. A administração de medicação e no momento do descarte foram as circunstâncias em que ocorreram mais AT, com destaque para os AT ocorridos durante os procedimentos de exames de glicemia (DEXTRO) e o descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão etc. A via percutânea foi o tipo de exposição mais comum e a agulha foi o instrumento que causou maior número de ocorrência entre os profissionais. Além disso, sangue / fluidos com sangue / soro e plasma foram os materiais orgânicos de maior registro.

Quanto ao tratamento, houve elevado número de profissionais sem indicação de quimioprofilaxia em relação aos profissionais acidentados que tiveram indicação de quimioproláticos. Já na evolução foi frequente a quantidade de trabalhadores que obtiveram alta sem conversão sorológica seguido de alta devido ao paciente ser fonte negativa. Mesmo assim, é importante ressaltar que ainda ocorreu abandono do tratamento pós-exposição, sendo esta a terceira evolução de caso mais frequente entre os acidentados.

Nos hospitais envolvidos no estudo, os Serviços de Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) juntamente com os núcleos de vigilância epidemiológica, têm adotado ações que visam orientar e sensibilizar o trabalhador de enfermagem no seu processo de serviço, no entanto, ainda é grande a subnotificação dos acidentes com estes profissionais. Concomitantemente, há falta de campos importantes na ficha de notificação para captação de informações. Isso porque, muitas vezes, a ficha apresenta falha no registro dos dados relativos à ocorrência dos acidentes, como, por exemplo, o motivo de não ser utilizado um EPI. Atualmente esse registro pode ser inserido no campo das informações complementares de forma manuscrita, mas dependendo de quem realiza a notificação podem não estar descritas todas as informações de forma clara e precisa ou até mesmo não registrá-la.

Sugere-se, então, reformulação dos campos referentes à ficha de notificação do SINAN para que ocorra captação mais eficiente de infor-

mações dos agravos à saúde do trabalhador. Além disso, propõe-se reavaliar os horários de funcionamento dos serviços referentes à saúde do trabalhador dentro de cada unidade hospitalar e reforçar as medidas preventivas em cada setor das unidades hospitalares quanto aos fatores de riscos que estão expostos os profissionais de enfermagem.

Desta feita, é importante realizar educação continuada em saúde quanto à adoção de práticas seguras relacionadas aos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho através de palestras sobre biossegurança, cursos sobre a prevenção de acidentes de trabalho, rodas de conversas e a capacitação quanto ao uso e importância dos EPI's para a sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto à prevenção de acidentes ocupacionais e também para o desenvolvimento de uma cultura de notificação em todas as unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; CAETANO, J. A.; BARROS, L. M. *et al.* Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. *Revista de enfermagem referência*, Coimbra, v. 7, p. 7-14, 2012.

ASSIS, D. C. RESENDE, D. V.; BERNARDES, A. M. S. *et al.* Fatores predisponentes à ocorrência dos acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Saúde coletiva*, Barueri, v. 9, n. 56, p. 51-55, 2012.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. *Manual de normas e rotinas do sistema de informação de agravos de notificação*. Salvador: CESAT, 2009.

BERNARDINO, S. H. M.; PAIZANTE, G. O. Análise dos registros de acidentes ocupacionais por perfurocortantes. *Revista saúde e meio ambiente*, Três Lagoas, v. 2, n.1, p. 136-50, 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico da previdência social: AEPS 2014*. Brasília, DF: [s. n.], 2014. v. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 129, n. 142, p. 1-9, 25 jul. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002. Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 236, p. 37-38, 6 dez.

2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.html>. Acesso em: 14 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. NR-6 Equipamento de Proteção Individual – EPI. In: EQUIPE ATLAS. *Segurança e medicina do trabalho*. 43 ed. São Paulo, 2004. p. 103-150.

BRUNE, A. C. R.; BRUNE, M. F. S. S. A avaliação das notificações de acidentes com exposição à material biológico na região do Médio Araguaia/MT. *Infarma: ciências farmacêuticas*, Brasília, DF, v. 26, n.1, p. 67-72, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais*. Relatório de pesquisa. Brasília, DF: Cofen, 2011. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

COTRIM, G.; FERNANDES, M. G. *Filosofar*. São Paulo: Saraiva, 2010.

GIANCOTTI, G. M.; Haeffner, R.; Solheid, N. L. S. et. al. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho com material biológico atendidas em um hospital público do Paraná, 2012. *Revista epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 337-346, 2014.

HÄMÄLÄINEN, P.; TAKALA, J.; SAARELA, K. L. Global estimates of occupational accidents. *Safety science*, Amsterdam, v. 44, p. 137-156, 2006.

LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M. R. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2011.

MACHADO, M. R. M.; MACHADO, F. A. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas (TO). *Revista brasileira de saúde ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 274-281, 2011.

NAPOLEÃO, A. A.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. et al. Causas de subnotificação de acidente do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 119-120, 2000.

OLIVEIRA, E. C.; PONTE, M. A.C.; DIAS, M. S. A. et al. Análise epidemiológica de acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre profissionais de enfermagem. *SANARE*, Sobral, v. 14, n. 1, p. 27-32, 2015.

Organização Internacional do Trabalho. *OIT Notícias: Brasil, 2007 – 2014*. Brasília, DF: OIT, 2015.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades*. Módulo 2: saúde e doença na população. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2010.

ROWE, M. P.; GIUFFRE, M. Evaluating needlestick injuries in nursing personnel. *AAOHNJ*, Thorofore, v. 39, n. 11, p. 503-507, 1991.

SÊCCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de Trabalho na Equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino do Paraná-Brasil. *Ciencia y enfermería*, Concepcion, v. 13, n. 2, p. 65-78, 2007.Supl. 2.

Valim, M. D.; Marziale, M. H. P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 20, p. 138-46, 2011. Número especial.

Capítulo 10

MORTALIDADE POR SUICÍDIO E SUA DISTRIBUIÇÃO EM ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE DO PAÍS

Gilian Cristina Barbosa

Darci Neves dos Santos

INTRODUÇÃO

Considera-se o suicídio um grave problema de saúde pública sobre o qual as estimativas mundiais sugerem a ocorrência de aproximadamente 800 mil óbitos anuais, representando um caso a cada 40 segundos. (WHO, 2014) Cálculos dos últimos dez anos indicam uma taxa de mortalidade de 16 mortes por 100 mil habitantes (VOLPE; CORRÊA; BARRERO, 2006), sendo estimado que, nos últimos 45 anos, o suicídio vem apresentando um crescimento mundial de 60% apesar do estigma social que favorece a subnotificação. (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011)

Este fenômeno está entre as dez principais causas mundiais de mortalidade, ocupando a terceira posição na faixa etária entre 15 e 34 anos,

sendo que esta faixa etária, contém os maiores índices de aumento desta mortalidade. (TURECKI, 1999) No Brasil, tem respondido pela 3ª causa de morte, perdendo apenas para homicídios e acidentes com os maiores índices de crescimento na América Latina. (MALTA et al., 2007) Óbitos por suicídio correspondem a metade de todos os óbitos por violência, atingindo aproximadamente 1 milhão de vítimas. Sobre as tentativas estima-se uma variação entre 10 e 20 milhões de pessoas acometidas (BAPTISTA, 2004; OMS, 2000), sendo que, para cada tentativa documentada, estima-se que outras quatro não teriam sido registradas. (VIDAL; GONTIJO, 2013)

Suicídio e comportamentos autodestrutivos são temas discutidos por filósofos, religiosos e escritores (BASTOS, 1995), definido por Durkheim (2004, p. 14)), como “todo caso de morte provocada, direta ou indiretamente, por um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, a qual saberia o resultado que estaria provocando”. Trata-se, portanto, de um ato intencional, cuja ação da vítima tem como objetivo provocar sua própria morte.

No Brasil, Chachamovich e demais autores (2009, p. S19), considera o suicídio como “o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional decorrente da interação de diversos fatores”. E segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde, “*Preventing Suicide: a global imperative*”, suicídio é o ato deliberado do indivíduo matar a si mesmo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014)

Considerado uma epidemia silenciosa, o suicídio tem acometido, principalmente, as pessoas na faixa etária entre 15 e 34 anos, ainda jovens e economicamente ativas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000)

A literatura sugere que para cada óbito por suicídio, em média, 6 pessoas são afetadas na perspectiva emocional, social e econômica, implicando na perda de capital humano, em que pese o cenário de globalização e densa tecnologia. Segundo Cerqueira e demais autores (2007, p. 44) “no ano de 2001, o Brasil teve uma perda de 1,3 bilhões em decorrência do suicídio”.

A literatura sobre suicídio no âmbito da atenção primária ainda é restrita no que diz respeito à atuação das equipes de saúde da família frente a este fenômeno, sabendo-se que a maioria dos casos estão relacionados à presença de depressão, transtorno bipolar e uso abusivo de álcool. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014)

Aproximadamente, 60% das pessoas que procuram atendimento no nível primário de atenção, apresentam também algum transtorno mental, passível de ser diagnosticado e acompanhado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), colocando a relevância da integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde. Sendo reconhecido que a presença de um transtorno mental incrementa o risco para o suicídio, a atenção primária à saúde, organizada por meio da Estratégia Saúde da Família, assume posição estratégica na oferta do cuidado integral à saúde, incluindo a abordagem de potenciais suicidas.

Tem sido observado que 3% da população brasileira possuem transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtornos em decorrência do uso de álcool e outras drogas, 12% requer acompanhamento sistemático e/ou pontual, enquanto 13% da população com transtornos mentais ainda não tem acesso aos serviços de saúde. (SANTOS; SIQUEIRA, 2010)

A importância de conhecer a distribuição e a frequência do suicídio, num território de abrangência da equipe de atenção básica e/ou saúde da família, se coloca principalmente pela possibilidade de intervenção no território. O potencial do território para esta prática se revela, a partir da sua capilaridade e proximidade facilitadora do acesso, tornando a atenção primária um dispositivo importante no cuidado destas pessoas. Tais aspectos favorecem a ampliação da prática do cuidado oferecido para além da lógica do encaminhamento aos níveis secundários de atenção. Caberia, portanto, possibilitar o exercício da integralidade perante os problemas de saúde mais prevalentes no território, acompanhando o usuário no caminho percorrido em outros níveis de atenção. Embora uma provável incorporação de ações de saúde mental pela equipe de saúde da família, seja ainda um grande desafio, a realização destas ações neste nível de atenção, permitiria identificar e intervir com eventual redução da mortalidade por suicídio. Práticas acolhedoras e humanizadas poderiam incluir usuários em sofrimento psicológico ou mesmo suicida, em potencial.

Este estudo busca responder sobre a frequência da mortalidade por suicídio no município de Palmas, assim como sua distribuição por áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Pretende-se, portanto, examinar a mortalidade por suicídio a partir de sexo e faixa etária no município – em questão e também a distribuição da ocorrência de óbitos por esta causa, em áreas de atuação da Estratégia Saúde da Família, entre 2008 e

2014. Procurou-se identificar o número de óbitos registrados por suicídio no período estudado; determinar taxa de mortalidade global por suicídio segundo sexo e faixa etária, realizando a distribuição geográfica conforme residência, observando localização destes eventos conforme áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Estudo ecológico descritivo espacial, utilizando óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), entre 2008 e 2014, para residentes do município de Palmas-TO. Este município possui 265.409 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,788, densidade demográfica de 102,90 hab./Km² e PIB *per capita* de 15.878,91. Apresenta 2,50% da população em extrema pobreza e 22,35% possui plano de saúde. (BRASIL, 2016) Conta com 63 equipes de saúde da família, distribuídas em 31 unidades de saúde, perfazendo uma cobertura de 89,79%. (IBGE, 2015) Possui ainda dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um tipo II, localizado na área de abrangência da Unidade Saúde da Família, na Quadra 806 Sul, e o CAPS AD III, em área coberta somente por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O indicador de cobertura de CAPS, que permite monitorar o acesso da população com transtornos mentais, encontra-se em 1.16/100.000 habitantes, estando dentro da meta recomendada de 0.77/100.000 habitantes (BRASIL, 2013), havendo também um hospital geral de alta complexidade, com 11 leitos habilitados para psiquiatria. Após a tabulação em planilha Excel dos óbitos registrados no período estudado, realizou-se o mapeamento conforme endereço para localizar pertencimento às áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, através do Programa AUTOCAD com auxílio técnico especializado. A definição do variável óbito obedeceu aos códigos X60 a X84 da Classificação Internacional de Doenças. A declaração de óbito informou sobre as variáveis, métodos utilizados para cometer o suicídio, idade, sexo, raça, cor, escolaridade, profissão/ ocupação. Para definir faixa etária utilizou-se o grupo de idades segundo o IBGE (2015). A secretaria municipal de saúde disponibilizou relação das áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

Para análise dos dados, procedeu-se o cálculo de taxas de mortalidade, tomando-se como numerador a quantidade de óbitos por suicídio, e para denominador a população total, segundo as estimativas do IBGE (2015). Para o cálculo das taxas de mortalidade por sexo e faixa etária, utilizou-se dados referentes a 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS, sendo possível somente o cálculo para o período de 2008 a 2012.

Foi realizada a caracterização da mortalidade por suicídio, quanto ao sexo, raça, cor, escolaridade, profissão, assim como em relação aos métodos utilizados para cometer o suicídio. Os óbitos por suicídio foram mapeados segundo o local de residência para identificar aqueles que pertenciam às áreas de abrangência das equipes de saúde da família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que o grupo de idade que apresentou maior crescimento de óbitos, entre os anos de 2008 e 2014, foi aquele entre 25 e 39 anos, responsáveis por 58,57% do total de óbitos. (Tabela 1)

Os métodos de estrangulamento e sufocamento responsáveis por 51 óbitos alcançaram 72,85%. Na segunda posição, apresentaram-se as autointoxicações por exposição intencional a pesticidas (CID-10 X68) e a lesões autoprovocadas intencionalmente, por arma de fogo (CID-10 X72), ambos os métodos utilizados em cinco óbitos, perfazendo, cada um destes, 7,14%. Seguem-se os óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, por meios não especificados (CID-10 X84), respondendo por quatro óbitos, que correspondem a 5,71%. Finalmente, a autointoxicação por exposição intencional a outros produtos químicos e substância não especificada (CID-10 X69), com dois óbitos; as lesões autoprovocadas intencionalmente por precipitação de um lugar elevado (CID-10 X80), também dois óbitos, e as lesões autoprovocadas intencionalmente por fumaça e chamas (CID-10 X76), 1 óbito.

Observou-se que 24,28% das pessoas que cometeram suicídio na capital tinham escolaridade precária, entre quatro e sete anos de estudos. Sendo que 17% apresentaram o mesmo percentual em relação aos períodos de escolaridade entre um e três anos e oito e onze anos. Apenas 5,71%

tinham mais de 12 anos de estudo, indicando que a mortalidade por suicídio tem sido mais frequente entre as pessoas com menos escolarização. No entanto, 52,85% dos óbitos analisados não apresentavam nenhuma informação sobre escolaridade ou não constava informação nesse campo, demonstrando a incipiência no preenchimento dos dados.

A taxa de mortalidade por suicídio em Palmas é desigual, considerando a profissão, não havendo concentração em um determinado tipo de profissão e/ou ocupação. No entanto, destaca-se a condição de estudante, responsável por dez óbitos, indicando vulnerabilidade do grupo de jovens e adolescentes.

Em Palmas, foram registrados 70 óbitos no período estudado e a taxa de mortalidade por suicídio variou de 8,53 para 2,63 óbitos/100.000 hab., indicando uma tendência decrescente. Os dados indicam que o suicídio tem sido um fenômeno que tem acometido, principalmente, a população masculina. A mortalidade masculina por suicídio variou de 5.15/100.000 habitantes em 2011, ano que registrou a menor taxa, até 10.36/100.000 habitantes em 2008. Entretanto, entre as mulheres o suicídio tem seguido uma tendência decrescente, variando de 2.05/100.000 para 0.82/100.000 habitantes, entre os anos de 2008 e 2012. (Tabela 4)

Quanto às taxas de mortalidade, segundo a faixa etária, os resultados apontam respectivamente as maiores taxas na população entre 50 e 59 anos com 60.56/100.000 hab., seguido por 30 a 59 anos com 30.04/100.00 hab. e 28,32/100.000 hab. na faixa etária de 20 a 29 anos. (Tabela 5)

Os 70 óbitos foram distribuídos e mapeados, a partir do endereço, para verificar o pertencimento ou não às áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Destes, 43 ocorreram em áreas cobertas, 18 em áreas descobertas, dois em áreas cobertas somente pelos Agentes Comunitários de Saúde e sete ocorreram em zona rural, desprovida de qualquer cobertura. Constatou-se que 61,42% dos óbitos ocorreram em territórios assistidos pelas equipes de saúde da família e 25,71% em áreas descobertas. (Figura 1)

Em relação à distribuição das unidades de saúde e as equipes de saúde da família, verificou-se que na região norte do município existiam sete unidades de saúde com 15 equipes de saúde da família. A região sul contava com 22 unidades e 48 equipes de saúde da família. O mapeamento não

foi realizado em áreas cujas equipes possuíam somente Agentes Comunitários de Saúde e Policlínica. Na região norte, a taxa de mortalidade por suicídio foi 32.21/100.000 hab. (Figura 1A), enquanto a região sul alcançou 46.40/100.000 hab. (Figura 1B)

As principais causas de suicídio em Palmas têm sido as lesões autoprovocadas por estrangulamento, arma de fogo e autointoxicação por exposição intencional a pesticidas, representando 87,14% do total de óbitos. Chama a atenção as lesões autoprovocadas por enforcamento, que individualmente correspondem a 72,85%. Os homens entre 25 a 39 anos, geralmente pardos e brancos, foram os mais acometidos, correspondendo a 88,56% dos óbitos. A taxa de mortalidade no município caiu de 8.53/100.00 habitantes, em 2008, para 2.63/100.000 em 2014, sendo que acima de 60% dos óbitos ocorreram em áreas de abrangência das equipes de saúde da família.

Em relação ao gênero, os homens têm sido mais vulneráveis a esta prática, chegando em alguns anos à proporção de 11 homens para 1 mulher, alcançando uma razão média de 4.8, enquanto a razão mundial varia entre 3.0 e 7.5. (MACHADO; SANTOS, 2015) Os resultados encontrados convergem com os achados do estudo de Vieira e demais autores (2015, p. 118), nos quais as mulheres embora realizem mais tentativas de suicídio, empregam métodos menos letais, tornando a mortalidade maior entre os homens. Por outro lado, a baixa mortalidade por suicídio em mulheres tem sido relacionada a hábitos mais saudáveis, como baixo consumo de álcool e práticas de vida mais flexíveis, adoção de práticas religiosas e exercício de funções importantes durante a vida. As mulheres, segundo a análise de Levoratoce demais autores (2014, p. 1267), também procuram mais os serviços de saúde reconhecendo muitas vezes sinais e sintomas de depressão.

Quanto à raça, os resultados apontam que 57,14% das pessoas que cometeram suicídio eram pardos, fato que pode estar relacionado à miscigenação ocorrida na criação desta capital na década de 1990, quando houve intensa migração interna. É possível que este fato tenha favorecido a predominância atual de 55,48% de pardos na capital, 32,00% de brancos e 9,48% de pretos (IBGE, 2015), o que poderia justificar a elevada incidência do suicídio entre pardos.

Dados sobre escolaridade foram incompletos em 52,85% dos óbitos, prejudicando a robustez da análise. Mesmo assim, observou-se 32,85% com escolaridade precária, inferior a oito anos de estudo. Achados do estudo de Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Junior (2011), sugerem uma relação entre alta escolaridade e suicídio, considerando que a escolaridade pode possibilitar a independência financeira e abrir caminho promissor para ocupação de cargos que podem ocasionar altos níveis de estresse, o que seria um fator condicionante ao suicídio. Por outro lado, um estudo de Schnitman e demais autores (2010) indica a pobreza enquanto fator predisponente ao suicídio por ocasionar estresse, instabilidade financeira e ocasionalmente o desemprego.

Quanto à variável profissão e/ou ocupação, os resultados não se concentraram numa categoria específica, mas chama a atenção o elevado número de óbitos ocorridos entre estudantes com idades que variaram entre 17 e 32 anos, indicando vulnerabilidade do grupo de jovens e adolescentes. Esses, segundo Cantão e Botti (2014), normalmente sofrem exposição a fatores de risco como: abuso de drogas, conflitos familiares, história de abusos, depressão. Outra ocupação presente nos resultados, segundo a pesquisa de Pires, Caldas e Recenas (2005), foi a dos trabalhadores agropecuários, que não tiveram muita representatividade na amostra, mas merecem uma breve análise, pela provável relação entre suicídio e agrotóxicos cuja exposição contínua favorece o aparecimento de transtornos psiquiátricos entre os quais a depressão considerada prevalente nas tentativas de suicídio.

Em relação à ocorrência dos óbitos por suicídio em áreas de abrangência das equipes saúde da família, o estudo demonstrou que 61,42% dos óbitos foram de pessoas residentes nos territórios adscritos a estas equipes, enquanto que 25,71% ocorreram em áreas descobertas. Vale salientar que a cobertura das equipes saúde da família cresceu de 65,41% em 2008 para 89,79% em 2015, demonstrando a hipótese de alguns óbitos, entre os anos de 2008 a 2014, terem ocorrido em áreas que eram descobertas e que com essa ampliação da cobertura passaram a pertencer ao território de abrangências das equipes, contribuindo para elevados percentuais de óbitos em áreas cobertas.

A maioria das pessoas que cometeram o suicídio poderiam ter sido acompanhadas por uma equipe de saúde da família. Considerando a re-

lação entre suicídio e atenção primária, na perspectiva de pertencimento ao território, a literatura, é insuficiente para comparações. De uma forma aproximada, um estudo realizado em Recife, (PAULA, 2010) buscou identificar o perfil epidemiológico dos usuários de um CAPS, revelando que 73% dos usuários deste serviço residiam em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Isto faz pensar que a presença de transtorno mental incrementa o risco para o suicídio e de que as equipes de saúde da família poderiam ampliar sua atuação, para além da prática de encaminhamentos aos CAPS ao exercerem um cuidado continuado condizente com a longitudinalidade.

Em relação às taxas de mortalidade, segundo sexo e faixa etária, os achados do estudo são concordantes com achados anteriores de maiores taxas na população masculina, chegando a 10.36/100.000 habitantes, enquanto, entre as mulheres, a taxa mais elevada foi de 2.05/100.000 hab.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência de um percentual de mais óbitos por suicídio acima de 60% foi observado em áreas de abrangências das equipes de saúde da família, colocando a responsabilidade sanitária perante esse fenômeno também no âmbito da atenção primária. Contudo, o que está preconizado na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) não tem sido suficiente para a percepção do suicídio como um problema de saúde pública neste nível de atenção. A incorporação das ações de saúde mental por uma equipe de saúde da família, ainda é um grande desafio, sendo relevante o reconhecimento da existência do suicídio no território, sua distribuição, fatores de risco e perfil destes usuários para orientar a intervenção perante este problema.

Considerando o suicídio como um fenômeno complexo, multicausal e multifatorial, cabe o esforço de articulação das equipes de saúde da família com outros setores, agregando esforços e incrementando a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde, pelo reconhecimento dos condicionantes e determinantes no processo saúde-doença, permitindo que a atenção primária possa exercitar a coordenação e o cuidado em rede.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, M. N. *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BASTOS, O. Suicídio e depressão. *Neurobiologia*, Recife, v. 58, n. 2, p. 37-44, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Articulação Interfederativa, v. 1). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno-diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf . Acesso em: 2 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica. e-Gestor, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *DATASUS*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popto.def> . Acesso em: 12 ago. 2020.
- CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais (1997-2011). *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, São João Del Rei*, v. 4, n. 3, p. 1262-1262, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/761>. Acesso em: 22 maio 2016.
- CERQUEIRA, D. R. C.; CARVALHO, A. X. Y.; LOBÃO, W. J. A. *et al. Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil*. Brasília, DF, 2007. (Texto para discussão). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1824/1/TD_1284.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.
- CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N. *et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. S18-S25, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2020.
- DURKHEIM, É. *O suicídio: estudo da sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova economia*, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005. Acesso em: 23 maio 2016.
- IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Brasília, DF: IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=172100&search=tocantins|palmas|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 23 maio 2016.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 ago.2020.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGACY, L. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista brasileira de psiquiatria*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 86-93, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007. Acesso em: 20 set. 2015.

MACHADO, D. B. *Impacto da desigualdade de renda e de outros determinantes sociais na mortalidade por suicídio no Brasil*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16329/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DAIANE%20BORGES.%202014.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2016.

MALTA, D. C.; MINAVO, M. C. S.; SOARES FILHO, A. M. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovoçadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 142-156, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2017.v20suppl1/142-156/pt>. Acesso em: 12 ago.2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Mental. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 16 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de saúde 2008: a atenção primária à saúde, agora mais do que nunca*. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso em: 16 ago. 2015.

PAULA, C. T. C. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial na cidade de Recife. *Cadernos brasileiros de saúde mental*, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 94-105, 2010. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1106/1269>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PIRES, D. X.; CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. P. Uso de agrotóxicos e suicídios no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 598-604, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200027. Acesso em: 24 maio 2016.

SCHNITMAN, G.; KITAOKA, E. G.; AROUCA, G. S. S. *et al.* Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Revista baiana de saúde pública*, Salvador, v. 34, n. 1, p. 44-59, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/79bb/7d42cdba0994f251f83b830c77b3b077f990.pdf> . Acesso em: 12 ago. 2020.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista brasileira de psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 18-22, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600006. Acesso: 16 ago. 2015.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-14, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

VEIRA, L.; SUCHARA, V.; SANTANA, V. T. P. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 118-123, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/00589164902/Downloads/Caracterizacao_de_tentativas_de_suicidios_por_subs.pdf . Acesso em: 12 ago. 2020.

VOLPE, F. M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Epidemiologia do suicídio. *In*: CORREA, H.; PEREZ, S. (org.). *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 11-27.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 7 ago. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Tabela 1 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes, segundo sexo.
Palmas, 2008 a 2012

Ano	Taxa de Mortalidade População Masculina	Taxa de Mortalidade População Feminina
2008	10,36	2,05
2009	7,91	1,99
2010	7,97	2,59
2011	5,15	0,84
2012	10,03	0,82

Fonte: Brasil (2020).

APÊNDICE B

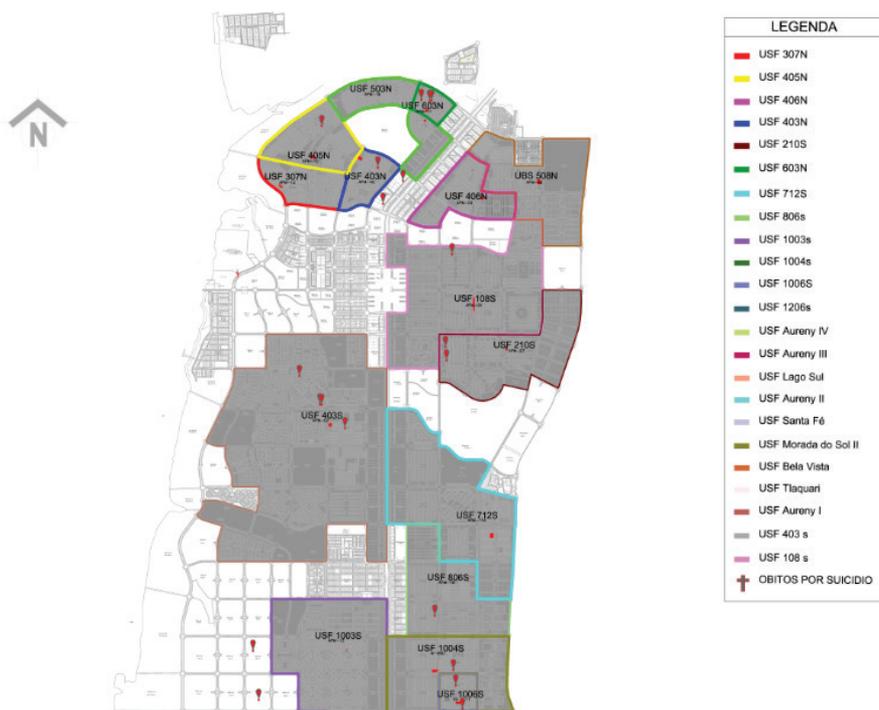
Tabela 2 - Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes, segundo faixa etária,
Palmas 2008 a 2012

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
10 a 14 anos	-	-	-	-	-	-
15 a 19 anos	10,60	-	2,75	4,12	-	24,07
20 a 29 anos	4,65	1,54	5,63	5,46	5,31	28,32
30 a 39 anos	8,98	5,62	2,45	2,37	3,86	30,04
40 a 49 anos	5,33	5,14	-	-	3,63	10,91
50 a 59 anos	22,74	21,73	21,40	-	13,45	60,56
60 anos e mais	17,06	16,19	10,02	9,72	-	18,90

Fonte: Brasil (2020).

APÊNDICE C

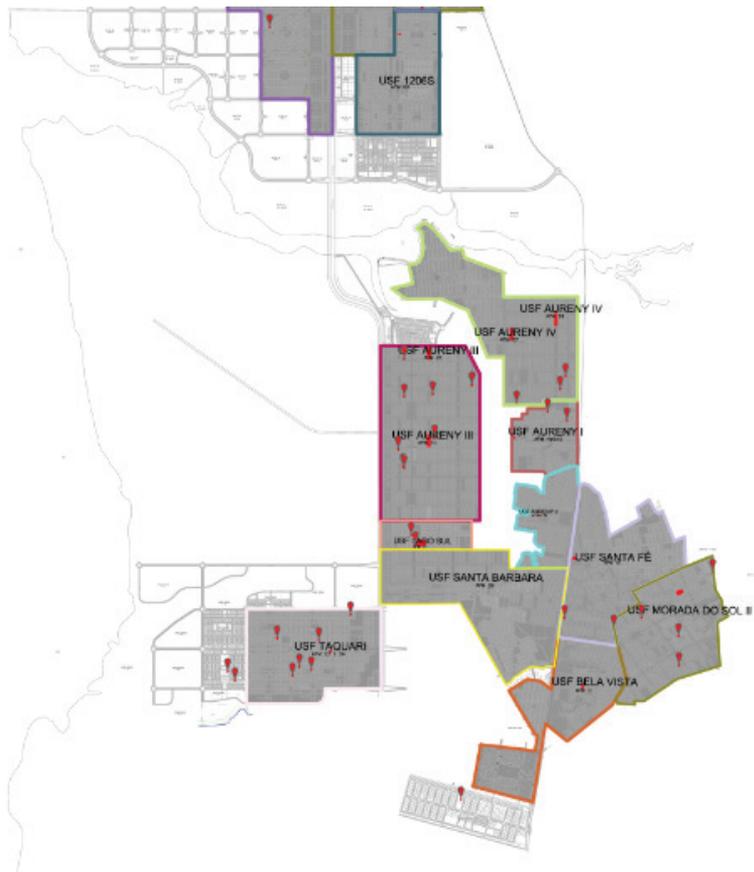
Figura 1A - Distribuição geográfica dos óbitos conforme local de residência, nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, Região Norte de Palmas, TO 2008/2014



Fonte: arquivo digital (2016).

APÊNDICE D

Figura 1B - Distribuição geográfica dos óbitos conforme local de residência, nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, região sul de Palmas –TO, 2008-2014



Fonte: arquivo digital (2016).

Parte 3

**ESTUDOS EM
PLANEJAMENTO, GESTÃO
E ATENÇÃO À SAÚDE NO
TOCANTINS**

Capítulo 11

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO TOCANTINS: ANÁLISE DE COERÊNCIA INTERNA E EXTERNA

Edivaldo Pereira da Silva Amorim

Carmen Fontes Teixeira

INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos e debates em torno do planejamento em saúde no Brasil limitavam-se às questões de orçamento, organização e legislação sanitária, dando-se ênfase à administração sanitária e programação em saúde. (PAIM; TEIXEIRA, 2006) A partir dos anos 1970, entretanto, o agravamento da crise sanitária levou o governo federal a estabelecer novas estratégias de planejamento social, sendo que, no setor saúde, tiveram início as chamadas políticas racionalizadoras, que incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante. (PAIM, 1986)

Nesse contexto, o debate sobre planejamento assumiu papel importante na ação política dos idealizadores do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que articularam uma agenda em prol de uma “luta pela elevação dos padrões de saúde da população” (SCOREL; NASCIMENTO;

EDLER, 2005, p. 59), que se materializou em um conjunto de proposições políticas fundamentadas na defesa do Direito Universal à Saúde e na proposta de construção do Sistema Único de Saúde. (PAIM, 2008)

Na década seguinte, começaram a ser realizados estudos sobre o desenvolvimento conceitual e metodológico do planejamento em saúde na América Latina (PAIM, 1986; TEIXEIRA, 2010), com ênfase na reflexão sobre o enfoque estratégico, quer analisando a proposta contida na obra de Mário Testa (GIOVANELLA, 1990; 1991), quer analisando a contribuição de Carlos Matus. (RIVERA, 1989) Além disso, começaram a surgir estudos sobre a prática de planejamento no âmbito do sistema público de saúde (LEVCOVITZ et al., 2003), em função da implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A partir da década de 1990, o Brasil experimentou mudanças na condução da política nacional de saúde e, conseqüentemente, no processo de planejamento do setor. Logo no início da década ocorreu a aprovação das Leis nº 8.142/90 e nº 8.080/90, que tratavam da regulamentação do SUS, seguidas da instituição de um conjunto de normas complementares, quais sejam: as Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/91, 01/93 e 01/96; Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002; o Pacto pela Saúde de 2006; e o Decreto de nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que regulamentou a Lei nº 8.089/1990.

Estas normas jurídicas reguladoras do SUS implicaram na adoção de diversos mecanismos e estratégias de aprimoramento das relações intergestoras, objetivando a operacionalização da gestão das políticas de saúde pelos três entes federados. Esse contexto estimulou o desenvolvimento e a difusão de métodos e técnicas vinculadas ao processo de incorporação do planejamento ao processo de gestão do sistema, suscitando o interesse dos pesquisadores por abordar esta temática e analisar as experiências realizadas. Assim, a partir dos anos 1990, multiplicaram-se estudos principalmente de âmbito municipal (VILASBOAS, 2006; CHAVES, 2008; CRUZ, 2012; OLIVEIRA, 2013) e estadual (LOTUFO; MIRANDA, 2007; ROCHA, 2008; JESUS, 2012), os quais analisam práticas do planejamento em saúde e evidenciam avanços, dificuldades e desafios nesta área.

O estudo aqui apresentado insere-se nessa linha de pesquisa e tem como objeto o Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Palmas,

elaborado para o período 2014-2017. Tem como ponto de partida a diretriz orientadora do processo de planejamento em saúde definido pelas normas do SUS, que preconiza a necessária coerência entre os problemas identificados e as ações propostas para seu enfrentamento, indicando também a necessidade de articulação entre o Plano Municipal de Saúde e o Plano Plurianual (PPA) do ente federado, e também, a necessária coerência das proposições do PMS com as políticas de âmbito regional, do estado e do governo federal naquilo que for pertinente.

Nessa perspectiva, questionou-se até que ponto o Plano Municipal de Saúde guarda coerência interna e externa entre os instrumentos de gestão da saúde na perspectiva vertical (entre níveis de governo) e horizontal (entre os instrumentos de planejamento municipal). O objetivo, portanto, foi analisar a coerência interna e externa do Plano Municipal de Saúde (2014-2017) de Palmas, levando-se em conta a relação entre os problemas identificados na análise de situação de saúde com os objetivos metas e ações propostas, e a relação entre os objetivos, ações e metas definidos no PMS com o Plano Plurianual (PPA) do governo municipal e com o Plano Estadual de Saúde (PES) de Tocantins e o Plano Nacional de Saúde (PNS).

O propósito que norteou a investigação foi identificar debilidades e avanços o processo de planejamento, para subsidiar a qualificação dos gestores e técnicos envolvidos neste processo, visando o aperfeiçoamento de suas práticas, tanto no âmbito da secretaria estadual de saúde, órgão responsável pelo apoio técnico aos municípios, quanto no âmbito municipal do SUS no estado do Tocantins.

COERÊNCIA INTERNA E EXTERNA DOS PLANOS DE SAÚDE

Para analisar a relação de coerência interna e externa do PMS foram utilizadas as premissas teóricas de enfoque estratégico contidas no documento *Formulación de Políticas de Salud* (CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD, 1975) e complementarmente as normas reguladoras do SUS sem, contudo, deixar de recorrer a entendimentos construídos por outros autores que se dedicam ao estudo e à prática neste campo.

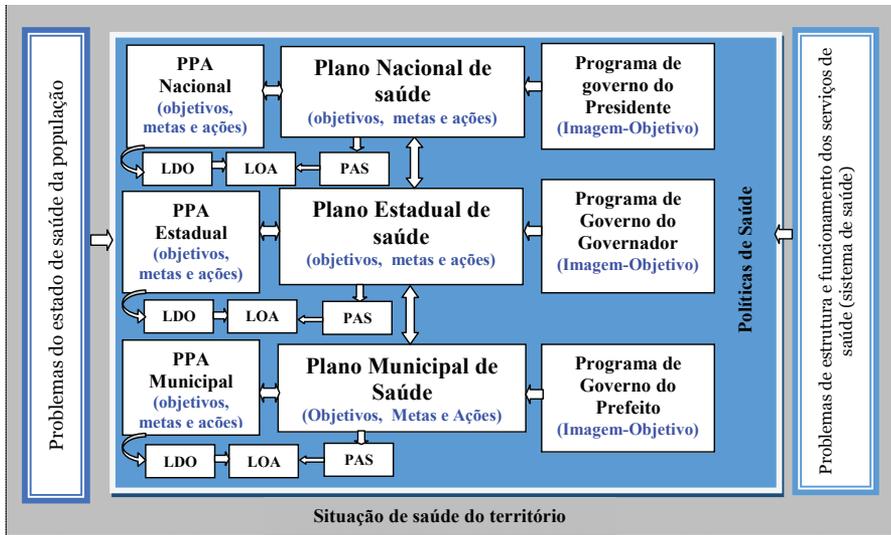
O documento supracitado propõe um processo compreendendo cinco etapas: definição de imagem-objetivo, formulação de proposições, análises de proposições, definição de estratégias e formulação de políticas. Uma das etapas do processo de formulação da política, portanto, é a análise das propostas com o intuito de se verificar sua coerência, factibilidade e viabilidade. A análise de coerência, especificamente, contempla a coerência interna, entre os problemas, objetivos e ações propostas, e a coerência externa, da política formulada com as demais políticas governamentais.

Considerando que o SUS é um sistema estruturado em diversos níveis de governo, coerentemente com a concepção federativa do Estado brasileiro, adotada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o processo de formulação da política de saúde conduzido pelos gestores de cada um desses níveis, materializando-se na elaboração do PNS, do PES e no PMS. Segundo a legislação vigente (BRASIL, 2015), a elaboração do plano de saúde de cada ente federado deve ser um processo articulado à elaboração do Plano Plurianual de governo, instrumento de gestão que deve orientar a condução político-administrativa das ações governamentais.

Nessa perspectiva, a análise de coerência de um PMS pode ser realizada em uma dupla dimensão, horizontal e vertical, sendo que a primeira diz respeito à coerência entre o PMS e os demais instrumentos de planejamento governamental no âmbito municipal e a segunda diz respeito à coerência entre o PMS e os planos estaduais e nacional de saúde, concepção explicitada no modelo teórico (Figura 1), e que auxiliou na condução da análise e discussão do plano utilizado como objeto de estudo.

A figura 1 apresenta, na dimensão horizontal, a relação entre os três produtos do processo de planejamento da política pública de saúde de um ente federado: o Plano Plurianual, Plano de Saúde e programa de governo. A dimensão vertical retrata a relação entre as políticas dos três entes federados, preservando o princípio constitucional da autonomia administrativa e garantindo a contemplação dos problemas peculiares de cada unidade da Federação.

Figura 1 - Modelo teórico: coerência bidirecional dos instrumentos de gestão em saúde



Fonte: elaborado pelos autores.

METODOLOGIA

Os dados foram coletados em documentos de acesso público: PMS e Plano Plurianual do município com vigência de 2014-2017. Também foram extraídos dados do PES do Tocantins e do PNS, ambos correspondentes ao período 2012-2015. Após coletados os dados estes foram sistematizados em quadros e tabelas que subsidiaram a análise de coerência interna e externa proposta.

A análise do PMS levou em conta se as informações epidemiológicas foram utilizadas para identificação, descrição e priorização de problemas de saúde da população, bem como se as informações político-administrativas foram utilizadas para identificação de problemas do sistema de saúde. Verificou-se ainda se os objetivos, metas e ações definidas como propostas para o enfrentamento dos problemas no Plano Municipal de Saúde correspondiam ao disposto no Plano Plurianual do município. A análise da coerência externa do PMS com as políticas estaduais e nacionais de saúde, por sua vez, implicou na comparação dos objetivos identi-

ficando-se aqueles que guardavam ou não coerência nestes instrumentos de gestão.

O resultado desse processo permitiu a classificação do plano de saúde a partir de um conjunto de possibilidades às quais levam em conta o percentual de coerência interna ou externa, quais sejam: a) se não há nenhuma relação, considera-se totalmente incoerente; b) se de 1% a 30%, coerência incipiente; c) se de 31% a 50%, coerência parcial; d) se de 51% a 99%, coerência parcial avançada; e) se 100%, totalmente coerente. Os resultados e discussões apresentados a seguir contemplam, inicialmente, algumas considerações sobre o conteúdo do PMS, seguidos da análise da coerência interna e externa do plano, conforme os referenciais teórico-metodológicos explicitados.

CONSISTÊNCIA TÉCNICA DA ANÁLISE SITUACIONAL DO PMS

O PMS é um documento extenso, totalizando 406 páginas, o que dificulta a leitura e uso, em especial, pelos gestores e trabalhadores responsáveis pela sua operacionalização, bem como pelos participantes das instâncias de controle social, seu conteúdo está organizado basicamente em dois grandes eixos: 1 - a análise de situação de saúde, que contempla aspectos demográficos, socioeconômicos e o perfil de morbimortalidade da população do município, e descreve a organização e o funcionamento do sistema de saúde local; 2 - o conjunto das propostas estabelecidas como políticas do PMS.

A análise da situação epidemiológica apresenta um rol de doenças e agravos com descrição de diversas ações programáticas desenvolvidas no cotidiano do processo de trabalho das equipes de saúde, séries históricas de indicadores, população exposta, fatores de riscos, definição conceitual de doenças e agravos, sintomatologia clínica, manejo clínico e protocolos clínicos de assistência, conceitos de algumas ciências da saúde e fluxos de processos de trabalho. Tudo isso tem sua importância, mas nem tudo é pertinente para este momento. Não há registro de qualquer exercício de priorização de problemas a partir de critérios válidos, e que implique

em escolhas a partir de um olhar crítico e racional sobre um determinado conjunto de problemas pré-selecionados.

Quanto à análise situacional do sistema municipal de saúde, optou-se por explicar suas finalidades, como funciona e resultados alcançados, omitindo-se, portanto, uma ênfase em como deve ou tende a ser a realidade do sistema municipal e quais os entraves oriundos da insuficiência e má distribuição de recursos, inadequação e má qualidade dos serviços prestados, o que poderia subsidiar uma análise dos problemas quanto à magnitude, distribuição e gravidade. (TEIXEIRA; VISLASBÔAS; JESUS, 2010)

ANÁLISE DA COERÊNCIA INTERNA DO PMS4

Tanto os problemas de saúde da população quanto os problemas do sistema não são apresentados claramente, nem se explicita ordem de prioridades para seu enfrentamento. Do mesmo modo, os objetivos enunciados não são claros, nem apresentam correspondência com os problemas apontados, observando-se, inclusive, que estes se referem majoritariamente a problemas do sistema de saúde, desagregados segundo os componentes: "prestação de serviços ou modelo de atenção à saúde"; "organização dos serviços de saúde", "infraestrutura" e "gestão ou governança e regulação".

Além disso, na definição dos objetivos, metas e ações, houve uma tendência em contemplar os blocos de financiamento do SUS, criados pela portaria nº 204/2007, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), seguindo a lógica da administração ao invés do conhecimento epidemiológico acerca da situação de saúde da população do município.

Em relação às metas, chama a atenção a quantidade estabelecida para alguns objetivos. Para os 8 objetivos definidos no PMS, foram estabelecidas 137 metas, muitas das quais podem até estar bem formuladas no sentido de esclarecer e quantificar "o que", "para quem", "quando", mas não guardam relação direta com o objetivo proposto ou não se enquadram como metas de um objetivo, mas sim como uma atividade rotineira do processo de trabalho das equipes. A soma dos percentuais das metas identificadas como incoerentes ou que apenas se referiam a atividades do processo de trabalho, representa 39,4% do total, o que evidencia um

número elevado de metas que não guarda coerência com os problemas e objetivos propostos, que por sua vez são desdobrados em ações que, se espera, caso realizadas, concorram para o alcance dos objetivos.

A forma como se apresentam os objetivos e metas revela uma possível deficiência no processo de formulação, que pode ser por falta de capacitação adequada da equipe responsável pela elaboração do PMS ou por falta de aplicação dos métodos eventualmente aprendidos pela equipe. Diante desses achados, pode-se afirmar que o PMS, no que concerne à coerência interna das políticas propostas, frente aos problemas, classifica-se como parcialmente coerente, o que se justifica pelo fato de os objetivos, de modo geral, terem sido definidos de forma abrangente, genérica e “multirresolutivos” e sem problemas correspondentes expressos de forma clara e coerente. Afinal, o objetivo em linhas gerais deve representar “[...] a imagem invertida do problema ou de uma de suas causas ou consequências” (TEIXEIRA, 2001, p. 17), o que não se constatou na presente análise.

O fato de haver objetivos que não estão correlacionados com problemas definidos, por não terem sido apontados na análise de situação de saúde, revela por um lado a omissão da problematização do assunto no momento explicativo, e por outro, uma possível assunção por parte do autor do plano, das políticas adotadas pelo governo federal, talvez para manter a coerência externa. Neste caso, se não constam problemas, cabe questionar como foram definidos os objetivos. Existia consenso em torno da existência de problemas que não foram explicitados no documento, mas que eram conhecidos dos gestores e técnicos? Caso essa hipótese seja pertinente, qual seria a natureza destes problemas? A julgar pelo teor dos objetivos definidos, parece que diziam respeito à insuficiência e à má distribuição de recursos, problema que, de certa forma, é estrutural no âmbito do sistema público de saúde, que enfrenta uma situação de sub-financiamento e, por conseguinte, uma insuficiência crônica de recursos humanos e materiais. Por outro lado, o fato de não serem explicitados claramente estes problemas pode estar evidenciando uma opção da gestão por não expor para a população em geral, através do PMS, os entraves, limitações de acesso aos serviços, as fragilidades e deficiências do sistema público de saúde, seguindo um certo “cálculo político”, buscando evitar

certo desgaste, que poderia advir da percepção acerca da má qualidade da gestão como determinante destas fragilidades e deficiências.

ANÁLISE DE COERÊNCIA EXTERNA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE COM O PLANO PLURIANUAL

Para proceder a esta análise tomou-se como base a noção de coerência externa proposta pelo documento CPPS (CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD, 1975), que consiste na avaliação da compatibilidade existente entre a formulação setorial e a formulação global (RIVERA, 1989), mas sem perder de vista a legislação a ser considerada no setor saúde, composta tanto por normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental quanto pelas normas específicas editadas no âmbito do SUS.

Os objetivos do PMS e do PPA foram sistematizados e submetidos à análise, verificando se havia nos dois instrumentos a replicação, isto é, se o que se propõe fazer no plano de saúde corresponde à previsão orçamentária no PPA, sendo, com isso, possível aferir o grau de coerência entre eles.

O Ministério da Saúde como forma de cooperação técnica aos governos estaduais e municipais tem recomendado, a exemplo de documento publicado recentemente, que:

Os instrumentos de planejamento da saúde — o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão — devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo — Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), definidos a partir do art. 165 da CF. (BRASIL, 2015, p. 77)

Assim, traduzimos esta ideia de coerência externa como a transposição das políticas definidas previamente no PMS para o PPA. Deste modo, entendemos ser o primeiro passo para a integração aos demais componentes do ciclo de planejamento e orçamento, a saber: Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Em verdade, pou-

co importa uma boa análise de situação da realidade, e um desenho de políticas coerentes internamente, se não houver coerência e integração com os instrumentos orçamentários, que, em última análise, garantem os recursos necessários para a efetiva execução das políticas.

Pensar na coerência entre dois instrumentos de gestão, Plano de Saúde e Plano Plurianual, remete à ideia de integração de partes interdependentes para formar um todo constituído para alcançar uma finalidade, no caso aqui, a efetiva execução de políticas estabelecidas por um governo como resposta social às demandas de uma população. Portanto, o PMS e PPA constituem dispositivos essenciais para nortear a ação do Estado na operacionalização do direito ao acesso à saúde, e que no processo de formulação devem guardar coerência e se submeter às normas instituídas pelo Estado. Estas normas desencadeiam processos em tempos diferentes que precisam ser equacionados para garantir e conciliar os diferentes interesses envolvidos nas políticas públicas.

Os achados no PMS e PPA demonstram a coincidência dos objetivos, metas e ações estabelecidos em ambos os instrumentos, podendo-se afirmar que há total coerência externa. O fato de haver compatibilidade entre o PPA e o PMS indica um avanço importante na governança das ações e serviços de saúde, dos recursos orçamentário-financeiros, que em conjunto, constituem fatores essenciais para a prática efetiva de *accountability* na administração pública. Além do mais, concorrem para aumentar a eficiência e a efetividade no uso de recursos da saúde e a racionalização dos custos, o que coopera para o fortalecimento do sistema de saúde.

Este resultado por um lado aponta para a superação das dificuldades encontradas em outros estudos realizados no âmbito estadual (LO-TUFO; MIRANDA, 2007; ABRUCIO, 2005) e no âmbito municipal (BANCO MUNDIAL, 2007; CHAVES, 2008), que apontaram não haver uma efetiva integração tanto na condução quanto na formulação dos instrumentos de planejamento da saúde (PMS e respectivas programações anuais, RAG) e dos instrumentos de planejamento e orçamento de governo (PPA, LDO e LOA). Além do mais, este resultado indica ainda possíveis efeitos dos esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde, em especial, a partir do PlanejaSUS, lançado em 2006, que impulsionou o aperfeiçoamento das

práticas de planejamento em saúde, principalmente em municípios relativamente de grande porte como é o caso do município desse estudo.

No entanto, é necessário considerar o processo de aperfeiçoamento das práticas de planejamento em um município de grande porte diferente dos municípios menores, onde estes avanços podem não ser confirmados, pois, em geral, os municípios menores não contam com equipe de planejamento exclusiva e, além disso, “[...] os dados estratégicos e financeiros necessários para desenvolver planos e orçamentos muitas vezes ficam centralizados na Secretaria de Finanças ou de Planejamento e muitas vezes não são disponibilizados à secretaria de saúde ou aos gestores da saúde”. (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 3)

ANÁLISE DA COERÊNCIA EXTERNA DO PMS COM AS POLÍTICAS DO ESTADO E DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esta análise se constituiu basicamente em considerar os objetivos propostos no PMS, cotejando-os com os objetivos propostos no PES e no PNS, e assim aferir o grau de coerência, ou seja, constatar se o que se propõe como políticas no nível local estão alinhadas com as políticas de âmbito estadual e nacional. Em havendo, considerar-se-á um avanço, porquanto tal prática converge para o cumprimento das diretrizes previstas nas normas que regem o planejamento no SUS.

O estudo revelou que para todas as proposições do PMS há objetivo correspondente no Plano Estadual de Saúde e no Plano Nacional de Saúde. Desta forma, pode-se afirmar que há coerência total entre estes instrumentos. O fato de haver coerência externa, em relação às políticas definidas nas outras instâncias, sinaliza para a integração de esforços no enfrentamento dos problemas de saúde que são comuns em todo o país, além do mais, pressupõe a observância do princípio do planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal orientado pelas necessidades de saúde da população, previsto na legislação. (BRASIL, 1990; 2011; 2012)

É importante ponderar, todavia, que na elaboração de um PMS não se pode correr o risco de, no afã de cumprir este princípio, negligenciar a definição de propostas de caráter específico que atendam aos problemas peculiares de cada ente federado. A mera reprodução das políticas for-

muladas pelos entes estadual e nacional, sem considerar as necessidades específicas, ou seja, a realidade local, em termos dos problemas de saúde da população e dos problemas do sistema de serviços de saúde, representa, no mínimo, certo “comodismo”, expressão da “inércia burocrática” que caracteriza muito da administração pública brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007) e talvez evidencie a existência de certo despreparo do pessoal responsável pelo planejamento para o exercício dessa função.

Consideramos, entretanto, que não se pode cair na tentação da comodidade ou facilidade e adotar apenas algo já formulado, muitas vezes dado como obrigatório para inserção no plano de saúde local, como exemplo as políticas consensuadas nos espaços de pactuações intergestores. Isso pode suscitar oportunidades para aqueles municípios que ainda não adotaram o planejamento estruturado e independente fazerem seus planos de saúde como mera replicação das políticas já formuladas pelos entes estadual e nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os dispositivos jurídicos evidenciam a obrigatoriedade do ente federado em elaborar o plano de saúde coerentemente com a proposta orçamentária contida nos instrumentos de planejamento e orçamento de governo (PPA, LDO e LOA), e ainda considerar a ascendência na formulação dos propósitos, guardando coerência com as diretrizes da política de saúde do estado e União.

Os resultados do estudo revelam avanços na perspectiva de integração dos instrumentos de gestão na dimensão externa, entretanto, há desafios no sentido de aperfeiçoar a consistência técnica da análise situacional definindo melhor os problemas e suas respectivas políticas de enfrentamento. Entendemos que outros aspectos do PMS carecem de estudos que busquem elucidar questões do tipo: compatibilização entre PAS e LOA; da existência de atualização anual das metas do Plano de Saúde; alocação dos recursos orçamentários na PAS coerente com a LOA; análise de consistência técnica quanto às ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; identificação dos indicadores que serão utilizados para o monito-

ramento da PAS; verificação da elaboração e envio da PAS para aprovação do respectivo conselho de saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente.

Tendo em vista que as normas de planejamento do SUS preconizam um processo de planejamento que contemple revisões periódicas dos instrumentos de planejamento, é possível que os documentos, objeto deste estudo, tenham sofrido revisões, adequando as incompatibilidades aqui encontradas, o que se coloca como objeto de futuras pesquisas que possam aprofundar a análise. De todo modo, dado o caráter dinâmico da situação de saúde da população e face aos problemas e desafios que o SUS enfrenta para se consolidar como um sistema universal, descentralizado, que ofereça serviços adequados e de qualidade a toda a população, é importante reiterar a necessidade de um monitoramento contínuo dos processos de planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde, bem como a qualificação e educação permanente dos profissionais e técnicos que atuam na gestão do sistema, em todos os níveis.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, L. F. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 401-420, 2005.

BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos: relatório nº 36601-BR. *Banco Mundial*, [Brasil], 2007. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS__Relatorio_banco_mundial.pdf. Acesso: 17 mar. 2014.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Decreto n. 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 188 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em

ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 11, p. 1, 16 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. 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 de saúde e outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Série Articulação Interfederativa, v. 4)

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana. *Formulación de políticas de salud*. Santiago: Oficina Sanitaria Panamericana, 1975.

CHAVES, A. F. *Os Instrumentos orçamentários e o planejamento de saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

CRUZ, S. P. L. *Planos municipais de vigilância sanitária: análise de coerência e consistência técnica*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-82.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de Saúde na América Latina. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

JESUS, W. L. A. *Planejamento estadual no SUS: o caso da secretaria da saúde do estado da Bahia*. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

LEVCOVITZ, E.; BAPTISTA, T. W. F.; UCHÔA, S. A. C. et al. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, n. 2).

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, 2007.

OLIVEIRA, H. M. *Análise do processo de formulação do plano municipal de saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PAIM, J. S. O movimento pelo Planejamento de Saúde na América Latina. In: PAIM, J. S. *Saúde, crise e reformas*. Salvador: UFBA, 1986. p. 65-86.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento & gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Número Especial.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseada no enfoque estratégico da planificação. In: RIVERA, F. J. U. (org.). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 153-176.

ROCHA, A. A. R. M. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES Sergipe*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010. p. 17-32.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: ISC, 2001.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (org.).

Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba, 2010. p. 51-75.

VILASBOAS, A. L. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal.* 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

Capítulo 12

ATUAÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Maria Luíza Salazar Freire

Mariluce Karla Bomfim de Souza

INTRODUÇÃO

Ao longo da década de 1990 foram publicadas sucessivas normas operacionais a fim de promover a operacionalização do sistema de saúde, as quais se constituíram como instrumentos de regulamentação do processo de descentralização. Inicialmente, com ênfase na municipalização, mas que, a partir da sua implementação e análise, apontava a permanência de problemas estruturais no SUS, espaços vazios por parte da atuação federal (VIANA; MACHADO, 2009) e uma fragmentação política dos serviços e de programas focais. (SANTOS; CAMPOS, 2015) Tal constatação abriu espaço para a regionalização que ocupou a centralidade do objeto da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com o papel de nortear a descentralização das ações e serviços de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013), considerando as realidades locorregionais.

A NOAS destacou a importância do enfoque regional para assegurar o aumento da equidade e o aprofundamento do processo de descen-

tralização (BRASIL, 2001), para tanto, trouxe a questão da territorialidade, identificação de prioridades e conformação de sistemas funcionais (LIMA; VIANA, 2011), os quais deveriam contemplar, respectivamente, o desenho da distribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, apontando a imagem-objetivo esperada, de forma a garantir a integralidade da assistência no âmbito macrorregional. Além disso, destacou a descrição em um quadro, por região, dos investimentos necessários para operacionalizar a assistência, com referência ao que existe e do que precisa. (DREYER, 2013) Portanto, é possível perceber a concepção e o estímulo ao Planejamento Regional (PR) para a operacionalização do SUS através dos termos da norma.

Decorridos quase cinco anos, uma série de entraves regionais e operacionais persistia no sistema. (FADEL et al., 2009; TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007) Assim, em 2006, o Pacto pela Saúde foi apresentado como proposta solidária para o processo de regionalização, apontando diretrizes para o fortalecimento da gestão. (BRASIL, 2009) Para isso, a regionalização foi posta como eixo estruturante, solidário e cooperativo, entendida enquanto um processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região, visando universalidade do acesso, equidade, integralidade e resolutividade, voltada para a construção de uma rede regionalizada de atenção à saúde potencializada pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), propostos como espaço de decisão formado por gestores municipais e representantes do gestor estadual (BRASIL, 2006), aos quais, enquanto instâncias de gestão compartilhada das regiões de saúde, cabem à instituição do planejamento regional. (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010)

Mais que uma exigência formal, o planejamento regional deverá "expressar as responsabilidades dos gestores, cujas prioridades de ação devem ser definidas regionalmente e estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado". (BRASIL, 2006, p. 7) O Pacto pela Saúde justifica a importância do planejamento regional pelas características continentais do país e das diferenças e iniquidades regionais, salientando que veio para avançar no processo de regionalização e de uma descentralização que respeite as singularidades regionais, enfoque esse mantido pelo decreto nº 7.508/11. (BRASIL, 2006; 2011)

De acordo com o decreto nº 7.508/11, o planejamento regional integrado se constitui como base para a instalação de novos serviços de

saúde na região. (BRASIL, 2011) Segundo Viana (2010), no que tange à governança regional, este decreto traz uma mudança no enfoque e na ampliação das suas competências que passam a ser exercidas por uma nova instância no âmbito regional que é a Comissão Intergestores Regional (CIR), em substituição aos CGR, com o papel de pactuar “a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”. (BRASIL, 2011, p. 11) Segundo Santos, Giovanella e Almeida (2013), as CIR’s surgem preenchendo um certo vazio existente na governança regional, por criarem um espaço contínuo de negociação, que é extremamente importante para o processo de planejamento regional.

No entanto, estudos mostram que muitos desafios precisam ser enfrentados para a efetivação do planejamento (VIEIRA, 2009; SOARES; SANTOS, 2014; LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012), que deve contemplar o desenho de estratégias e ações que reduzam as desigualdades regionais e promovam o acesso, sendo necessários, para tanto, a articulação entre os gestores da região de saúde e a otimização de recursos, condições que podem ser potencializadas a partir de espaços colegiados para a gestão. Nesse sentido, este capítulo propõe discutir a atuação da CIR como importante sujeito coletivo no processo de planejamento regional em saúde.

PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE E O “PROTAGONISMO” DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

Para o planejamento regional, segundo Albuquerque (2013), a região não pode se limitar a uma percepção geográfica, mas define-se como organização político-institucional que gere eficácia no dever de garantir o direito à saúde; cabendo, ainda, a regulação e organização das redes hierarquizadas de assistência, conforme as necessidades de saúde da população. Nesse sentido, Viana (2010) afirma que caberia a lógica de um planejamento integrado permeando todo o processo de regionalização com definição de fluxos de acesso, estratégias de regulação e estruturação de redes de referência especializada.

O planejamento regional justifica-se, segundo Pestana e Mendes (2004), pela necessidade de promover a descentralização pela regionalização em um processo de consolidação de uma instância intermediária (ou mesorregional), permitindo uma racionalização e otimização dos recursos no âmbito regional, considerando que a descentralização pela municipalização trouxe à gestão do SUS uma série de problemas, tais como: a perda da economia de escala e de escopo, gerando ineficiência e baixa qualidade nos serviços pela falta de recursos; estruturas centrais fragilizadas; e a conformação de sistemas municipais fechados, levando a serviços fragmentados com inviabilidade de alcance da integralidade da atenção.

O atraso da regionalização no país, segundo Santos e Giovanella (2014), provocou a ausência de um planejamento regional e potencializou um aumento das desigualdades e das disputas entre os municípios por mais recursos, isolados, sem capacidade de gestão e sem conseguirem se organizar de forma interdependente e cooperativa.

O planejamento regional caracteriza-se como um dispositivo viabilizador da gestão do sistema no âmbito regional e destaca-se como resultado de um processo “coletivo, dialógico, criativo e transversal” (DREYER, 2013, p. 80), instrumentalizado em uma discussão sistematizada com uso de métodos de planejamento estratégico. Além do planejamento regional enquanto desafio, Santos e Giovanella (2014) acrescentam o exercício da governança regional e a incorporação de aspectos mais democráticos à prática da gestão.

Sobre a governança regional, autores como Albuquerque (2013), Santos e Campos (2015) e Santos, Giovanella e Almeida (2013) reconhecem a CIR¹ pelo papel fundamental de pactuar a organização e funcionamento de ações e serviços, e, por sua importância para a constituição de uma rede de atenção enquanto um espaço para o exercício permanente da governança, da prática e do poder decisório, voltados ao desenvolvimento regional para a saúde, tendo, portanto, função de co-gestão neste espaço regional, ao envolver atores estratégicos, prioritariamente secre-

1 A composição da CIR permanece a mesma da CGR (todos os gestores municipais da região e representantes estaduais) (BRASIL, 2006; 2011), mas a diferença está que no Decreto, a CIR passa a ter as mesmas responsabilidades que a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), mas, em âmbito regional, conforme destaca o art.º 32 (BRASIL 2011), tendo suas atribuições deliberadas de acordo com a Resolução CIT nº 01/11.

tários municipais de saúde e representantes estaduais, com intuito de viabilizar um planejamento interfederativo, sendo essencial na elaboração de acordos solidários com vistas a equidade regional.

No entanto, para a viabilização do planejamento, os desafios para a sua operacionalização, funcionalidade e implementação no âmbito regional não são poucos. Segundo Vieira (2009), a articulação das diretrizes, objetivos e metas definidas em cada esfera de governo numa lógica ascendente, havendo em muitos casos divergências entre as prioridades estratégicas na União em relação às necessidades loco-regionais, assim como agregar planos e projetos elaborados com ênfase na abrangência territorial municipal expandindo-o para uma visão regional e como exercer essa governabilidade, se constituem em desafios importantes para este processo.

A ausência do planejamento, de fato, provoca a inércia e desarticulação de ações e serviços, fragmentação e desordenamento do sistema de saúde pela pluralidade de visões e formas de operacionalização. Ao contrário, o planejamento regional deve ser resultado de um processo “coletivo, dialógico, criativo e transversal” (DREYER, 2013, p. 80), instrumentalizado em uma discussão sistematizada com uso de métodos de planejamento estratégico.

METODOLOGIA

A fim de apresentar sobre a atuação da CIR no processo de planejamento em saúde no período de 2011 à 2014, foi desenvolvido estudo de caso único (YIN, 2014) sobre a região de saúde da Ilha do Bananal, uma das oito regiões de saúde do estado do Tocantins, constituída por 18 municípios, que totalizam 173.586 habitantes (12,4% da população total do estado).

A região de Ilha do Bananal destaca-se por ofertar parte significativa das ações e serviços de saúde do estado, além de leitos de UTI, sendo a cidade de Gurupi um polo de serviços. Esta região de saúde destaca-se como uma das primeiras regiões de saúde do estado onde teve início os desdobramentos do decreto nº 7.508/11² e pelo grande envolvimento por

2 Ver: <http://saude.to.gov.br/index.php/gestao/diretoria-de-planejamento-e-gestao>.

parte dos gestores no planejamento regional, segundo informações da superintendência de planejamento do SUS, responsável pela condução deste processo na secretaria de saúde do estado do Tocantins (SES-TO).

A fim de apropriar-se da atuação da CIR nesta região, tomou-se como base para análise um volume expressivo de documentos impressos e arquivos digitais: Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e 2012-2015; Relatório Anual de Gestão 2012, 2013 e 2014; Programação Anual de Saúde 2011, 2012, 2013 e 2014; Plano Diretor de Regionalização 2002 e 2008; Regimento Interno da CIR Ilha do Bananal, atas de reuniões ordinárias e extraordinárias CIR de 2011 a 2014 e Consensos da CIR de 2012 a 2014; além de planos regionais de saúde, Contrato Organizativo de Ações e Serviços da região, registros de oficinas, resumos executivos, instrutivos e agendas de trabalho para o planejamento regional, inerentes ao processo de planejamento do período de 2011-2014; e registros de entrevistas realizadas com nove secretários municipais de saúde e três representantes da SES da CIR Ilha do Bananal (um deles o coordenador do processo de planejamento regional), realizadas no período de fevereiro a abril de 2016.

Para apoiar a sistematização e análise dos achados, foram elaboradas e preenchidas matrizes de organização e processamento, que possibilitaram a síntese interpretativa, com identificação das convergências e das divergências a partir do conteúdo das entrevistas. Assim, a discussão dos resultados sobre a atuação da CIR no processo de planejamento em saúde na região segue apresentada a partir da análise do seu processo de constituição e operacionalização e suas contribuições no processo de produção e discussão relacionados ao planejamento, com destaque ao exercício da governança regional.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA) e foi apreciado pela Secretaria de Estado da Saúde através da Superintendência de Educação na Saúde e Regulação do Trabalho em observação aos dispositivos da Portaria SE-SAU/GABSEC nº 796, de 27 de junho de 2014. Para preservar o anonimato, todos os depoimentos citados na seção de resultados serão identificados com o código E (entrevista), seguido do número correspondente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que serão apresentados e discutidos, a seguir, tratam do processo e dinâmica de constituição e operacionalização da Comissão Intergestores Regional de Ilha do Bananal, bem como, das suas contribuições na produção de documentos, consensos e produtos para o processo de planejamento em saúde na região e dos temas pautados em reuniões durante o período de 2011 a 2014.

Constituição e operacionalização da cir da ilha do bananal

A constituição da CIR Ilha do Bananal passou por modificações durante o período de 2011 a 2014, conforme consta nos documentos (atas, listas de frequência e pautas da CIR), e em algumas entrevistas. Nos anos de 2011 e 2012, enquanto CGR, sua composição era pelos CGR's Centro Sul e Sul Angical com 13 e 05 municípios, respectivamente, e contava com dois apoiadores estaduais e com a participação não obrigatória dos diretores dos dois hospitais estaduais de referência da região.

A nomenclatura dos colegiados foi alterada segundo a resolução CIB nº 42, de 22 de março de 2012, para CIR, no estado do Tocantins. A primeira reunião ordinária da CIR – oriunda da junção do Sul Angical e Centro Sul – ocorreu em 26 de outubro de 2012, no município de Figueirópolis, onde na ocasião também foi definido e consensuado o nome “Ilha do Bananal” para designar tanto a região de saúde quanto a CIR, em homenagem à maior ilha fluvial do mundo que corta a região.

A partir de agosto de 2012, pós-resolução supracitada, a CIR Ilha do Bananal foi instituída e as suas reuniões passaram a ser coordenadas por um dos representantes estaduais, passando a compor uma plenária de 24 participantes, sendo 18 gestores municipais e 06 denominados representantes estaduais, dos quais, quatro pertenciam à sede da SESAU-TO e dois eram representantes dos hospitais regionais.

Durante o período de quatro anos, inicialmente como colegiado e, posteriormente, instituída como comissão, a CIR Ilha do Bananal reuniu-se 25 vezes (19 reuniões ordinárias e 06 reuniões extraordinárias), du-

rante o período de 2011 a 2014, sendo tais encontros mais raros nos dois primeiros anos, com intensificação nos anos de 2013 e 2014.

A CIR Ilha do Bananal não possui secretaria executiva como nos achados de Assunção (2013) e Santos (2013), mas a responsabilidade do apoio administrativo e logístico para o seu funcionamento é centralizado na secretaria de estado de saúde, através da área técnica de articulação interfederativa, ligada à gerência de desenvolvimento de políticas da superintendência de planejamento do SUS, cabendo à coordenação da reunião um dos representantes estaduais da região, em observação aos dispositivos legais tanto do decreto nº 7.508/11 quanto ao regimento interno da região. Não são encontrados nos relatos questionamentos acerca dessa centralização, como no estudo de Carneiro, Foster e Ferreira (2014), havendo sim citações de que esse exercício de coordenação e apoio estadual é satisfatório.

As reuniões da CIR acontecem de acordo com um calendário anual, previamente aprovado em última reunião do ano anterior e atualizado na primeira reunião do ano vigente. As reuniões são realizadas em diferentes municípios, atendendo ao sistema de rodízio, fato que foi reiterado por um dos entrevistados: *“todos os municípios passam a sediar as reuniões”* (E12)³ Quanto às decisões e pactuações, elas ocorrem por consenso.

As atas e listas de frequência das reuniões da CIR apontaram que as reuniões ocorreram independente de quórum, excetuando-se, nesses casos, a pactuação de temas que se desdobram em consensos, conforme definido em seu regimento interno.

A dinâmica de operacionalização da CIR Ilha do Bananal propõe incentivar a participação dos seus integrantes, pois sendo um espaço criado permanentemente para que nele ocorram discussões, negociações e decisões através da definição de regras claras para seu funcionamento de forma estável, contribui para promover o exercício da governança regional, conforme salientado por Viana, Lima e Ferreira (2010). Ao realizar as reuniões em municípios distintos, promoveu a oportunidade de exercício do acolhimento entre os gestores, sem gerar sobrecarga na organização das reuniões a um único gestor, conotando uma prática cooperativa entre seus integrantes, realidade diferente dos achados de Santos (2013) e As-

3 Foi esclarecido na metodologia, informando o código adotado para identificação dos depoimentos.

sunção (2013), em que apontam que as reuniões nas CIRs e CGR estudados ocorriam frequentemente na sede dos municípios-polo.

No que se refere à participação dos integrantes da CIR, a maioria dos municípios teve índice de participação acima de 60%, tendo 10 municípios obtido mais de 75% de participação. Quanto ao percentual de participação dos representantes estaduais, três foram acima de 76,5%, excetuando-se os representantes dos hospitais de referência. Não obstante, pode-se destacar que dois terços do total dos representantes da CIR estiveram no mínimo em mais de 70% das reuniões.

Os achados sobre a participação dos gestores na CIR convergiram com os relatos nas entrevistas, os quais trouxeram posicionamentos sobre a participação, revelando-a como significativa e “ativa” entre os gestores (E3; E4; E6; E7; E11), e também polêmica (E8), visto que trataram de assuntos que geraram debate, como o não cumprimento das atividades propostas nos espaços da CIR, por exemplo, atividades dos municípios sobre o COAP (E10) e as coisas “impostas” pelo nível estadual (E8). Estudo realizado nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza referiu sobre as posições divergentes e conflitantes nas reuniões das comissões intergestores do SUS, sobretudo naquelas pautas vinculadas a recursos financeiros, trazendo a necessidade do realinhamento de propostas e opiniões para se chegar ao consenso. (BISCARDE; VILASBÔAS; TRAD, 2019)

Os relatos também acrescentaram a importância dos espaços das reuniões da CIR, tendo em vista a possibilidade de estímulo à participação (E4) e a exposição de problemas, situações e dúvidas relacionadas à gestão e ao município (E1; E6; E8; E11), dentre outros. A importância da CIR e a diversidade de pautas nas reuniões têm sido apontadas em outras experiências, inclusive, assegurando a discussão sobre os principais problemas de saúde da região de forma participativa e colaborativa, conforme apontou estudo sobre a CIR da região de Aracati, no Ceará. (ALMEIDA et al., 2019)

Sobre a participação dos gestores nesses espaços regionais de pactuação, os estudos de Vianna e Lima (2013), no Rio de Janeiro, destacam a baixa participação dos gestores municipais. Scatena e Pedrotti (2013) e Assunção (2013), no Mato Grosso, já referem uma boa participação de ambos os atores sociais nas regiões de Barra do Garças, Graças Araguaia e Vale do Peixoto respectivamente, assim como Bretas Junior e Shimizu

(2015), em Minas Gerais. Contudo, Santos e Giovanella (2014) referem uma participação desinteressada dos gestores municipais no contexto regional em Vitória da Conquista, na Bahia.

O variado grau de participação dos gestores nestes espaços foi constatado em um mesmo estado, a exemplo de São Paulo, nas regiões de Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras (CARNEIRO; FOSTER; FERREIRA, 2014), nas regiões do Alto Tietê e do Litoral Norte (GUIRAL, 2013) e na região do Alto ABC paulista (SILVA; GOMES, 2014), determinados pelas características e peculiaridades regionais e estaduais.

Vianna e Lima (2013), Reis, Cesse e Carvalho (2010) e Bretas Junior e Shimizu (2015) destacam em seus estudos a maior importância dada ao ente estadual, considerando-o como essencial destacando seu papel como articulador, conciliador e integrador junto aos demais participantes, característica esta encontrada na CIR Ilha do Bananal. Contudo, todos apontam como característica comum a pouca ou até mesmo nenhuma participação do controle social ao processo de planejamento na região.

A análise das listas de frequência do período de 2011-2014 permitiu perceber o envolvimento mais frequente de maior número de gestores municipais, valendo registrar a rotatividade destes em algumas realidades. Portanto, o envolvimento crescente dos gestores e a regularidade nas reuniões caracterizaram a CIR Ilha do Bananal em um espaço de discussão e trocas, aspecto esse que difere do estudo de Vianna e Lima (2013), que refere a descontínua participação dos representantes municipais nesses espaços, cabendo registrar a afirmação das autoras de que a rotatividade dos gestores prejudica o funcionamento da região, por comprometer a continuidade de ações. Com respeito a este aspecto, Scatena e Pedrotti (2013) propõem a criação de mecanismos de sustentabilidade ao processo e destacam a importância do estado como ator social, na garantia das conquistas alcançadas no âmbito regional.

Quanto à participação, além dos secretários de saúde dos municípios que compõem a CIR da Ilha do Bananal, outros sujeitos têm participado das reuniões, em sua maioria, levados pelos respectivos gestores para a apresentação ou apoio à discussão de determinados temas, por exemplo, técnicos das secretarias municipais, conselheiros municipais de saúde, "*além de outros atores a depender das discussões*" (E11), a exemplo dos farmacêuticos para discutir a Rename (E10). Estudo desenvolvido na

região de saúde de Aracati, no estado do Ceará, apontou a composição ampliada da CIR com participação, sem direito a voto, das coordenações da policlínica, do Centro de Especialidade Odontológica, da Atenção Básica, prestadores hospitalares, além dos secretários municipais de saúde e representantes do estado. (ALMEIDA et al., 2019) Dreyer (2013) em sua proposta para o planejamento regional salienta a necessidade de um mapeamento de atores sociais estratégicos cujo papel transversalize o cenário saúde, assim como Souza (2009) refere como importante e estratégica a participação popular.

Nos registros em atas, os gestores apontaram a importância da participação de outros atores nas reuniões da CIR e demais discussões sobre o planejamento e regionalização, a exemplo da universidade que poderia, na oportunidade da participação, “sentir” os desafios que os gestores enfrentam no cotidiano e relacionar com a formação de pessoal voltado para o SUS e as limitações para a organização dos serviços da região que são provocadas, segundo eles, pela visão clientelista e mercantilista de algumas categorias profissionais. Os entrevistados falaram sobre a dificuldade de participação de outros atores importantes nas discussões que remetem ao planejamento e a regionalização, como a sociedade civil (E3), representantes do Judiciário (E3), e dentro da saúde, a falta de participação dos gestores/diretores dos hospitais (E6). Entretanto, apontaram que a ausência do custeio que garanta o deslocamento de outros parceiros pode ser um fator limitante à participação nas reuniões da CIR. A estes aspectos, Santos e Giovanella (2014) enfatizam a importância da vocalização da participação social de forma mais efetiva na construção desse processo e não apenas como convidados como é o caso da CIR Ilha do Bananal, assim como Assunção (2013) reforça a obrigatoriedade de se garantir a participação da sociedade na gestão do sistema em observação aos dispositivos legais do SUS.

A participação apontada pelos integrantes da CIR constitui importância fundamental para a estruturação e construção de um processo de planejamento e da governança regional, que irá depender do *modus operandi* e das práticas desenvolvidas pelos gestores no enfrentamento dos problemas e propostas de solução no âmbito regional. Assim, conforme os relatos dos entrevistados e as suas manifestações registradas nas atas, constata-se que o espaço da CIR corrobora para a construção de propos-

tas e intervenções que envolvem vários atores, e se constituiu como um ambiente oportuno à prática democrática, da oportunidade de manifestação de ideias, ideais, desafios e superação, com a troca de experiência da gestão, do exercício da cooperação, da prática do diálogo e compartilhamento de saberes.

Contribuições da cir na produção de normas e consensos

Durante o período de 2011 a 2014, a CIR Ilha do Bananal se constituiu também como espaço para produção de documentos, materiais, projetos, consensos e produtos para o processo de planejamento em saúde na região. Neste conjunto, foram citados pelos entrevistados como relevantes: elaboração de caderno de diretrizes (E1); elaboração de manuais (E1); formulação e encaminhamento de documentos para o consenso com as áreas técnicas (E4); encaminhamento de documentos para análise jurídica dos municípios (E1); discussão do COAP em várias reuniões, inclusive na CIR (E2; E3; E4; E8; E11; E12); consensos sobre oferta de cursos de acordo com a necessidade dos municípios (E2); consensos com a Escola Técnica do SUS (ETSUS) (E2); consenso sobre não adesão ao COAP (E3); discussões e encaminhamentos trazidos para a regional (E4); discussão por várias reuniões para além da CIR para encaminhamento das propostas e planos de ação das redes e ampliação da oferta de serviços (E6; E7; E10; E11; E12); discussão da RENAME (E7; E11); discussão das RENASES (E7); discussão sobre consórcios (E7); consensos sobre a pouca capacidade dos municípios para assumir/cumprir as metas do COAP (E3; E8); discussão e elaboração dos mapas de saúde com envolvimento ampliado (E10; E12).

No que se refere aos achados contidos nas atas e demais documentos, foram produzidos pela CIR Ilha do Bananal no período do estudo um total de 123 documentos voltados ao planejamento em saúde da região, sendo que 35% referem-se a questões de gestão administrativa da CIR, tais como aprovações das atas e seus desdobramentos e 22% referem-se à organização de serviços no âmbito da região, incluindo os aspectos financeiros voltados prioritariamente à organização de serviços de cunho regional.

O Quadro 1 mostra que 76,4% das demandas foram resolvidas ou esclarecidas, apontando para certo grau de resolubilidade e busca da solução dos problemas no âmbito regional. Dentre as que não foram resolvidas ou esclarecidas, destacam-se a organização dos serviços e participação de representante de um dos hospitais na CIR (75%), seguida das demandas de organização de consórcio público na região (60%) e gestão de pessoas (50%).

Observa-se uma dinâmica na CIR caracterizada pela diversidade dos assuntos tratados, convergentes com alguns relatos das entrevistas. Os achados apontam a crescente produção de documentos, bem como, uma evolução na qualidade das discussões identificada pela inserção de uma chamada “agenda positiva” em que foram trazidos assuntos definidos de acordo com as competências da CIR na Resolução CIT nº 1/ 2011.

As reuniões da CIR também foram tomadas pelos representantes da gestão estadual como espaço oportuno para a comunicação com os gestores municipais, o que, de certo modo, ocupou tempo importante nos informes e comprometeu em algum grau a discussão das pautas e, portanto, pactuação dos assuntos prioritários para a região.

Assim, a partir de 2013, a coordenação estadual separou as solicitações de ponto de pauta por ente para demonstrar a frequência real destas demandas, apontando nos registros a menor frequência por parte do ente municipal, permanecendo a maior parte da demanda tanto da “agenda ativa” quanto dos pontos de pauta do estado. Os achados de Carneiro, Foster e Ferreira (2013), assim como o estudo de Assunção (2013), Scatena e Pedrotti (2013) e Bretas Júnior e Shimizu (2015), também apontam estas características de maior demanda do ente estadual nas pautas, e diferem do estudo de Vianna e Lima (2013), que registram maior demanda dos gestores municipais.

Quadro 1 - Relação geral de documentos produzidos pela CIR Ilha do Bananal segundo assunto, Tocantins, 2011 – 2014

Assunto / Problema	Ficou só na proposta / ou documento específico elaborado		Virou consenso		Virou Pesquisa / Estudo / Demanda Câmara Técnica		Demandou a terceiros, ao Gestor Estadual e/ ou Áreas Técnicas da SESAU		Virou projeto / Convênio / ou demanda para a CIB		Documentos específicos da CIR (ATAS, Relatórios, outros)		Total dos documentos		Assunto problema Resolvido / Esclarecido		Assunto problema Não Resolvido/ Esclarecido	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Organização / Implantação / Estruturação / Avaliação / Contratação e Contrapartida de Ações e Serviços na Região de Assistência e Vigilância em Saúde / Cartão SUS / Moção de Repúdio	4	14,8	4	22,2	1	3,7	14	51,9	3	11,1	1	3,7	27	22,0	18	66,7	9	33,3
Regulação / Acesso a serviços (morosidade na oferta, erros na entrega de exames) / PPI da Assistência	3	0,0		0,0		0,0	5	662,5		0,0		0,0	8	6,5	5	62,5	3	37,5
Implantação de Rede de Atenção / Rede Temática Psicossocial / PMAQ / Urgência e Emergência (Central de Regulação do SAMU)			5	71,4		0,0			2	228,6		0,0	7	5,7	7	100		0,0

Assunto / Problema	Ficou só na proposta / ou documento específico elaborado		Virou consenso		Virou Pesquisa / Estudo / Demanda Câmara Técnica		Demandou ofício ou doc. a terceiros, ao Gestor Estadual e/ ou Áreas Técnicas da SESAU		Virou projeto / Convênio / ou demanda para a CIB		Documentos específicos da CIR (ATAS, Relatórios, outros)		Total dos documentos		Assunto problema Resolvido / Esclarecido		Assunto problema Não Resolvido/ Esclarecido	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Componentes do PR (Pactuação DOMI) / Monitoramento e avaliação de indicadores e metas/ RENASES / RENAME / PGASS / Mapa da Saúde / COAP)	2	22,2	7	77,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9	7,3	9	100	0,0	0,0	
Audiência da CIR com o Gestor Estadual (atendimento das necessidades urgentes de saúde da região)		0,0	0	0,0	0,0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	0,0	1	0,8	1	1000	0,0	0,0	
Gestão de Pessoas / (Carga horária, salários / contratação e/ou cessão de Profissionais especializados) / Solicitação de profissionais / Reclamações de má conduta profissional	3	0,0	0	0,0	0,0	0,0	7	70,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10	8,1	5	50,0	5	50,0

Assunto / Problema	Ficou só na proposta / ou documento específico elaborado		Virou consenso		Virou Pesquisa / Estudo / Demanda Câmara Técnica		Demandou o escritório ou doc. a terceiros, ao Gestor Estadual e/ ou Áreas Técnicas da SESAU		Virou projeto / Convênio / ou demanda para a CIB		Documentos específicos da CIR (ATAS, Relatórios, outros)		Total dos documentos		Assunto problema Resolvido / Esclarecido		Assunto problema Não Resolvido/ Esclarecido	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Desconhecimento de Alternativas jurídicas (consórcio público de saúde)	3	0,0	0	00,0	1	220,0	1	220,0	0,0	0,0	5	4,1	2	40,0	3	60,0		
Organização dos serviços no HRG e participação do HRG na CIR	1	25,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0,0	0,0	4	3,3	1	25,0	3	75,0		
Descentralização de capacitações / Realização de Web Conferência / Capacitações / Oficinas / PAREPS	1	16,7	2	3	0	0,0	3	50,0	0,0	0,0	6	4,9	4	66,7	2	33,3		
Unidade móvel na região (Captação de Sangue / Carreta da Saúde)	1	33,3	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0,0	0,0	3	2,4	2	66,7	1	33,3		

Assunto / Problema	Ficou só na proposta / ou documento específico elaborado		Virou consenso		Virou Pesquisa / Estudo / Demanda Câmara Técnica		Demandou ofício ou doc. a terceiros, ao Gestor Estadual e/ ou Áreas ou Técnicas da SESAU		Virou projeto / Convênio / ou demanda para a CIB		Documentos específicos da CIR (ATAS, Relatórios, outros)		Total dos documentos		Assunto problema Resolvido / Esclarecido		Assunto problema Não Resolvido/ Esclarecido	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Gestão Administrativa da CIR / Atualização e alterações do Regimento Interno / Informativo CIR / Atas / Participação na CIR / Representante CIES / Calendário Anual / Fortalecimento do COSEMS Convênio Estado	2	4,7	3	7	0,0	0,0	2	4,7	2	4,7	34	79,1	43	35,0	40	93,0	3	7,0
TOTAL	20	16,3	22	17,9	2	1,6	37	30,1	7	5,7	35	28,5	123	100	94	76,4	29	23,6

Fonte: elaborado a partir de registros em atas e arquivos administrativos da CIR Ilha do Bananal/SPSUS (2011-2014).

A CIR possui duas câmaras técnicas que só foram organizadas no final do ano de 2013, sendo a de atenção, promoção, assistência e vigilância e a de gestão da CIR, e nos registros não constam demandas às mesmas, demonstrando pouca ou quase nenhuma atuação. Segundo destacam Bretas Júnior e Shimizu (2015), caberiam às câmaras técnicas o ordenamento dos pontos de pauta da CIR, consoante as prioridades definidas no planejamento regional, assim como deveriam atuar de forma preventiva na identificação de problemas e no subsídio aos gestores antes de pactuações e consensos na região, o que não ocorre na CIR Ilha do Bananal.

O elenco da produção aponta para um progressivo avanço na coordenação e organização das reuniões da CIR nesse período, havendo por parte da coordenação estadual a realização de uma avaliação e escuta junto aos representantes SES na região em reuniões denominadas de “Alinhamento Técnico Metodológico”, em que eram discutidos os problemas gerenciais e administrativos que afetavam o desenvolvimento das reuniões na região. Vianna e Lima (2013) destacam a importância do papel desse coordenador regional como um elo entre a SESAU e os gestores municipais.

A partir desses levantamentos passam a ser elaborados *templates* para as atas com uma sistematização em tópicos identificados como importantes e/ou obrigatórios na CIR pelos integrantes e de acordo com a resolução CIT nº 1/2011, além de formulários padrões disponíveis para acesso na *home page* da SES4 para registro de frequências, resumo executivo de reuniões pré-CIR, súmula das atas, solicitações de pontos de pautas de acordo com um cronograma temporal prévio aprovado pela CIR.

Esses *templates* promoveram certa agilidade na dinâmica do funcionamento da CIR, haja vista que as atas, consensos, ofícios e demais documentos produzidos na reunião, por sugestão dos gestores, passaram a ser aprovados, impressos e assinados pelos presentes no mesmo dia.

4 Ver: <http://saude.to.gov.br/planejamento/desenvolvimento-de-politicas-de-saude/cir/>.

Principais pautas de discussão das reuniões da CIR da Ilha do Bananal

Quanto às principais pautas de discussão das reuniões da CIR de Ilha do Bananal, as entrevistas e as atas apontaram diversos temas discutidos nas reuniões da CIR da Ilha de Bananal, no período de 2011 a 2014, dentre estes, a discussão sobre “acesso, regulação e regionalização”, “gestão de pessoas”, “planejamento, gestão do sistema e unidades” e “funcionamento da CIR”.

O estabelecimento de acordos e tabela de pagamento e repasse dos municípios para assegurar atendimentos por especialidade à população (E3), bem como a discussão das principais demandas e daquelas não atendidas e com dificuldade para o cumprimento nos espaços colegiados, para a busca de soluções e resolutividade (E4), foram referidas. De acordo com Lima e demais autores (2012), a regulação emerge como tema bastante discutido e reflete a sua importância como estratégia de indução da regionalização. Assunção (2013) destaca a necessidade do fortalecimento da função reguladora das secretarias estaduais como indutoras do processo de articulação junto aos municípios, assim como se faz necessário no caso da região da Ilha do Bananal, contudo Baduy e demais autores (2011) enfatizam que em virtude da fragmentação do cuidado e do acesso dificultado é que a regulação não se concretiza e que se faz necessária a constituição de arranjos organizativos da rede de cuidados.

Com relação à temática “gestão de pessoas” há constantes discussões abrangendo pessoal cedido pelo estado, carga horária de trabalhadores, solicitação de profissionais especializado para organização de serviços para a região, falta de profissionais, mau atendimento dos servidores. Souza (2009), ao abordar o que denominou de dimensão administrativa, chama a atenção a importância de estratégias no ambiente da microgestão de pessoal destacando, para isso, a necessidade de intensa mobilização e a eficiência de uso dos recursos, inclusive humanos e salienta que este é um nó crítico para a gestão do SUS, e pela intensidade da temática também o é na CIR Ilha do Bananal, apontando como as políticas de saúde são desarticuladas das políticas de pessoal, levando ao desinteresse e ao descompromisso dos trabalhadores da saúde, fato este referenciado pelos entrevistados na CIR Ilha do Bananal.

Sobre “planejamento, gestão da saúde e unidades” foram encontrados registros da discussão e debates sobre o decreto nº 7.508/11 e a lei nº 141/12; o planejamento regional junto com o COAP e seus desdobramentos, organização/implantação/implementação de rede de atenção/redes temáticas; implantação de consórcio público; planejamento e aplicação de recursos públicos; diretrizes para a implantação de políticas de saúde e propostas de mudanças na gestão administrativa das unidades hospitalares de referência principalmente o HRG. De acordo com as entrevistas, dentre as atividades ou processos desenvolvidos pelos entrevistados no âmbito regional, as discussões sobre o COAP foram as mais citadas (E1; E7; E8; E9; E12).

Confirmando os relatos de E3, E4, E7, E8, E11 e E12, o COAP foi discutido na CIR e aprovado através do consenso. Santos (2012) se refere ao COAP como um elo entre estado e município no cumprimento de suas responsabilidades sanitárias e enfatiza a necessidade de que o planejamento seja voltado às necessidades de saúde da região, sendo a formalização a sua adesão através da assinatura dos entes federados, um desafio que precisa ser reconhecido e enfrentado pelos gestores, a exemplo da Ilha do Bananal.

Os documentos também apontam discussões sobre o “funcionamento da CIR” acerca da socialização regional das pactuações ocorridas na CIB-TO, leitura e aprovações de atas e pautas, discussão e aprovação do calendário anual de reuniões e discussão do Ato em Defesa da Saúde Pública - Saúde +10 e discussão, alteração e pactuação do Regimento Interno da CIR; sendo referida pelos entrevistados, discussão, consenso e aprovação do regimento interno da região (E11) e participação das reuniões e dos debates na CIR (E1; E2; E4; E6; E7); dentre outras.

Os registros das atas também trazem sobre a chamada “agenda ativa”, caracterizada por demandas pelos gestores, enquanto ponto de pauta constante, e “atualização de políticas de saúde” com temas específicos onde ocorrem apresentação, atualização, discussão e esclarecimentos sobre atualidades das políticas públicas de saúde. Geralmente, ocorrem leituras das principais portarias ministeriais consideradas prioritárias, além da discussão das competências e atribuições da CIR. Também há espaço, nas reuniões da CIR, com frequência, para o recebimento e/ou sociali-

zação de informes, boletins informativos, notas técnicas, portarias, tanto pelo estado quanto pelos municípios ou COSEMS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica da CIR estudada evidencia estratégias de incentivo à participação, constituindo-se, portanto, em um espaço para discussões, negociações, decisões e promoção do exercício da governança regional. No período de 2011 a 2014, a CIR Ilha do Bananal se constituiu também como espaço para produção de documentos e consensos para o processo de planejamento em saúde. A região demonstrou capacidade na elaboração de planos e projetos de cunho regional, ainda que necessitem de reformulações, até mesmo pela inovação que é a construção desse processo, sinalizando a capacidade de melhorias e medida que amadurece, bem como de garantias de melhores condições técnica e administrativa para sua operacionalização, demonstrando uma capacidade articulatória e mobilizadora na construção de parcerias que pode ainda ser melhorada. (SCATENA; PEDROTTI, 2013) Contudo, o processo ainda precisa ser aprimorado no que se refere ao compartilhamento de poder decisório, ainda centrado e dependente do ente estadual (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010) e de instrumentos jurídicos, pois, segundo Santos e Campos (2015), a forma como está posto o ordenamento político-jurídico do SUS não facilita o processo de governança regional.

Por fim, a maioria das demandas da comissão estudada foram resolvidas ou esclarecidas, apontando para certo grau de resolubilidade e busca da solução dos problemas no âmbito regional. Dentre os temas discutidos no período estudado, teve destaque o volume da temática de planejamento e gestão, o que aponta relação com os efeitos sobre o ordenamento da saúde na região e concretização do planejamento na região, o que reafirma, segundo Santos e Campos (2015, p. 441), a necessidade cada vez maior de valorar a CIR enquanto “elemento essencial nos acordos solidários visando à equidade regional no SUS”.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MARTINS FILHO, M. T. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204527&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 jan. 2020.
- ASSUNÇÃO, M. A. P. *Estudo sobre a implantação da gestão regional da saúde no vale do Peixoto na Amazônia mato-grossense*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C.; ZUCOLI, M. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.
- BISCARDE, D. G. S.; VILASBÔAS, A. L. Q.; TRAD, L. A. B. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4519-4527, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n12/4519-4527/pt/>. Acesso em: 7 jan. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde*. Brasília, DF: CONASEMS, 2009.
- BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
- BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jan. 2001.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 dez. 2012.
- BRASIL. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 set. 2011.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 962-971, 2015.

CARNEIRO, P. S.; FOSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, 2014.

CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M. *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *RECIIS- Revista eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, 2007.

DREYER, M. F. V. *Uma proposta para o planejamento regional do SUS*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *RAP-Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, 2009.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de Saúde na América Latina. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

GUIRAL, B. G. *Avaliação do desempenho do colegiado de gestão regional – CGR – no estado de São Paulo*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2013.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-62.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MATUS, C. Las ciencias y la política. *Salud colectiva*, Buenos Aires, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2007.

OLIVEIRA, S. R. A.; TEIXEIRA, C. F. Avaliação da regionalização do SUS: construção do modelo teórico-lógico. *Revista baiana de saúde pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 236-54, 2013.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria da Saúde de Minas Gerais, 2004.

REIS, Y. A. C.; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista brasileira de saúde materno infantil*, Recife, v. 10, n. 1, p. S157-S172, 2010.

SANTOS, A. M. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela atenção primária à saúde*. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-15, 2016.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Comissão intergestores regional (CIR) em região de saúde na Bahia: institucionalidade, representatividade e dinâmica dos sujeitos para gestão do cuidado. *Política em saúde*, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/015.pdf. Acesso em: 10 abr. 2016.

SANTOS, L. *SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização*. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SCATENA, J. H.; PEDROTTI, P. O. Governança e gestão do CGR, em Mato Grosso. *Política em saúde*, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/030.pdf. Acesso em: 10 abr. 2016.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão: uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.

SOUZA, L. E. P. F.; VIANA, A. L. D. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 261-269.

TREVISAN, L. N. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-254, 2007.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

VIANA, A. L. D. *Política, planejamento e gestão das regiões e redes de atenção à saúde no Brasil: estudo em desenvolvimento*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4512093/mod_resource/content/1/GAB-Aula-PesqRegiaoRedes-Prof%20CarlosEMRezende.pdf. Acesso: 20 abr. 2016.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis- Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, 2013.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1565-1577, 2009.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

Capítulo 13

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Daniel Borini Zemuner

Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza

INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins aumentou, ao longo dos 12 anos avaliados, a aplicação de recursos próprios em saúde, tendo atingido em 2014 um percentual de 21,47% do total das receitas orçamentárias. Todavia, esse montante não era suficiente para atender a necessidade de implantação e ampliação de serviços que garantissem o funcionamento adequado das redes de atenção à saúde.

Além disso, o estado do Tocantins teve que administrar uma grave crise que refletiu na insuficiência de profissionais para fechamento de escalas de serviços nos hospitais, na falta de insumos e de medicamentos, na infraestrutura deficiente das unidades hospitalares, na falta de pagamento das contrapartidas estaduais pactuadas com os municípios, entre

outras questões, levando-se a questionar como foi definida e priorizada a alocação de recursos do estado.

É importante notar que, à exceção do estado do Amazonas que aplicou 22,21%, nenhum outro estado brasileiro chegou a um montante proporcional tão elevado de comprometimento de seu orçamento com a saúde como o Tocantins. Como o estado chegou a esses níveis de gasto com a saúde? Em que serviços, efetivamente, foram aplicados esses recursos? Em que fontes o tesouro estadual os buscou?

Para responder a estas questões, esse estudo teve por objetivo analisar a evolução das receitas e despesas na área da saúde nos últimos três quadriênios no Tocantins, correspondentes às gestões governamentais do estado, nos períodos de 2003 a 2006, 2007 a 2010 e 2011 a 2014.

Especificamente, o estudo visou:

- A. Estimar a participação de recursos federais e estaduais no financiamento da saúde no estado do Tocantins, no período de 2003 a 2014.
- B. Apresentar a evolução das despesas em saúde (totais e por elementos) no mesmo período.
- C. Apresentar a evolução da relação entre receitas e despesas de saúde no mesmo período.

Trata-se de uma pesquisa descritiva feita com base em informações disponíveis em documentos oficiais e em sistemas de acompanhamento orçamentário e financeiro. Para a consecução dos objetivos do trabalho, foram levantados dados relativos às seguintes variáveis: receitas de fontes federal e estadual, despesas pelos principais elementos contábeis, blocos de financiamento do SUS e Produto Interno Bruto (PIB) do estado, sendo os valores corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo Especial (IPCA-E), para o ano de 2014.

Nessa discussão, vale lembrar uma análise sobre o assunto feita por Gilson Carvalho (2012), publicado pelo Instituto de Direito Sanitário - IDISA na Domingueira nº 616, que afirma: "Não será apenas mais dinheiro capaz de resolver os problemas de saúde do Brasil. Não resolve sozinho e também não se resolve sem dinheiro". Portanto, a luta por mais recursos para a saúde é importante, mas o uso adequado dos recursos e um conhecimento profundo das receitas e despesas definidas no orçamento são fundamentais na gestão da saúde pública.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS CONTEXTOS NACIONAL E INTERNACIONAL

A luta por um financiamento adequado e sustentável para a saúde vem sendo travada desde a Constituição Federal e da regulamentação do Sistema Único de Saúde. Vários esforços foram e têm sido realizados, porém, perduram os problemas de insuficiência e instabilidade financeiras.

Nestes anos de implantação do SUS, várias alternativas de fontes de financiamento foram tentadas. De modo geral, houve uma ampliação de receitas tributárias. Contudo, em comparação ao PIB e ao orçamento federal, não houve mudança significativa no financiamento da saúde no país.

Com a aprovação da emenda constitucional nº 29 (EC-29), em 2000, houve a regulamentação do piso a ser aplicado na saúde, cabendo à União alocar, no mínimo, o valor aplicado no ano anterior mais a correção pela variação do PIB; aos estados, alocar 12%, e aos municípios, 15% dos totais de seus respectivos orçamentos. Assim, de novo, não se materializou a expectativa da ampliação dos gastos federais em saúde, embora tenham sido ampliados os recursos dos estados e municípios.

Segundo estudo do IPEA (SERVO et al., 2011), a aprovação da EC-29 propiciou um incremento de recursos para a saúde da ordem de 114%, no período de 2000 a 2010. Como consequência, o gasto *per capita* das três esferas passou de R\$ 378,27 para R\$ 717,70 no mesmo período, apresentando crescimento real de 89,7%.

Mesmo com os avanços obtidos, a EC-29 não resolveu alguns problemas como a não vinculação do financiamento da saúde às contribuições sociais, que crescem mais rapidamente do que o recurso efetivamente gasto em saúde, e a vinculação ao PIB, pois, em um período de estagnação econômica, os recursos tendem a se estabilizar.

Outro fato marcante do SUS foi a aprovação da lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. Esta lei não apresentou qualquer novidade na vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando a expectativa de ampliação de recursos para o setor. No entanto, definiu o

que pode ser considerada despesa em ações e serviços públicos de saúde, conforme Art. 3º, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos.

Em 2015, o Congresso Nacional aprovou a emenda constitucional nº 86/2015 que definiu que a execução orçamentária das emendas parlamentares individuais seria impositiva, correspondendo a 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União a partir de 2015. Metade desse montante – 0,6% da RCL – deve ser aplicado em ações e serviços públicos em saúde (ASPS), sem a destinação de recursos adicionais ao orçamento do Ministério da Saúde.

Esta emenda define ainda uma nova base para aplicação mínima em ASPS pela União: em 2016 é de 13,2% da RCL; 13,7%, em 2017; 14,1%, em 2018; 14,5%, em 2019; e 15%, a partir de 2020. Com esta lógica de financiamento, os recursos orçamentários seriam menores, em 2016 e 2017, do que se seguida a norma anterior, estabelecida na EC-29 e na LC 141/2011. Nesse cenário, a possibilidade de recursos adicionais para a saúde somente estaria prevista para 2018.

Com a entrada em vigor da emenda constitucional 95, que determina um teto para os gastos públicos, a situação tende a piorar, conforme alguns estudiosos. Com a emenda que vale por 20 anos, o aumento de despesas do governo em relação a esse valor mínimo fica limitado à inflação do ano anterior – e pode até ficar abaixo da variação inflacionária, como ocorreu no ano de 2019.

O Brasil, considerando os gastos públicos e privados, aplica na saúde 8,9% do PIB, índice bastante próximo aos de muitos países com sistema universal. Porém, o que difere o Brasil desses outros países é que a participação do setor privado é maior do que a do público. Segundo dados do Banco Mundial (2013), em 2011, o dispêndio global em saúde (público e privado), em termos percentuais do PIB, foi de 9,3% na Inglaterra, 9,4% na Espanha, 11,2% no Canadá e 9,0% na Austrália.

Conforme publicação da Organização Mundial de Saúde (2000), nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas. O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres.

O Banco Mundial (2013) realizou estudos em vários países do mundo com sistemas universais de saúde e verificou que a participação de fontes públicas de financiamento variou de 68,5% na Austrália a 82,7% na Inglaterra, com uma média de 70% nos países pesquisados. No Brasil, no ano de 2011, a participação de recursos públicos, nos gastos totais, foi de 45,7%.

Tabela 1 - Despesas com Ações e Serviços de Saúde, Brasil (2008-2017)

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total/ano	Total/ dia
2008	440,25	268,18	297,73	1.006,15	2,76
2009	497,60	265,86	299,05	1.062,51	2,91
2010	493,41	287,29	324,37	1.105,07	3,03
2011	548,00	302,64	353,91	1.204,55	3,30
2012	570,74	308,26	376,73	1.255,73	3,44
2013	538,76	324,52	394,09	1.257,36	3,44
2014	555,85	331,63	413,38	1.300,86	3,56
2015	550,50	317,11	403,12	1.270,72	3,48
2016	533,27	304,20	399,84	1.237,31	3,39
2017	552,35	315,93	403,37	1.271,65	3,48

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2018).

Portanto, o financiamento da saúde no Brasil, apesar de algumas tentativas de incorporação de novos recursos, ainda se encontra muito distante de um financiamento adequado, quando se analisa a evolução da aplicação de recursos pela União e demais entes da federação e se compara o Brasil com outros países que optaram por um sistema público de saúde universal. Conforme aponta o estudo do Conselho Federal de Medicina, existe nos últimos anos uma estagnação do financiamento da

saúde pelos três entes federados o que demonstra um cenário pessimista nos próximos anos, se nada for implementado de novo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O financiamento da saúde no Tocantins, conforme as referências levantadas e resultados apresentados neste estudo demonstram uma tendência quanto à necessidade de discutir a eficiência dos recursos empregados no SUS, bem como a estrutura de financiamento vigente. Neste contexto, este estudo busca estudar as receitas disponíveis em suas várias fontes de financiamento, as despesas correntes e de investimento em saúde, o comparativo entre receitas e despesas e o comparativo do estado do Tocantins com os demais estados brasileiros como forma de elucidar as formas de sustentabilidade financeira do SUS.

Receitas

No período avaliado, as transferências constitucionais e legais da União, exceto as transferências do Fundo Nacional de Saúde, para o Tocantins evoluíram, como proporção da base vinculável de recursos para a saúde, de 67,8% em 2003 para 63,2% em 2014. (Gráfico 1)

As transferências da União cresceram 69% no período avaliado, por meio do Fundo de Participação dos Estados (FPE), que contribuiu, em 2014, com 99,9% das transferências.

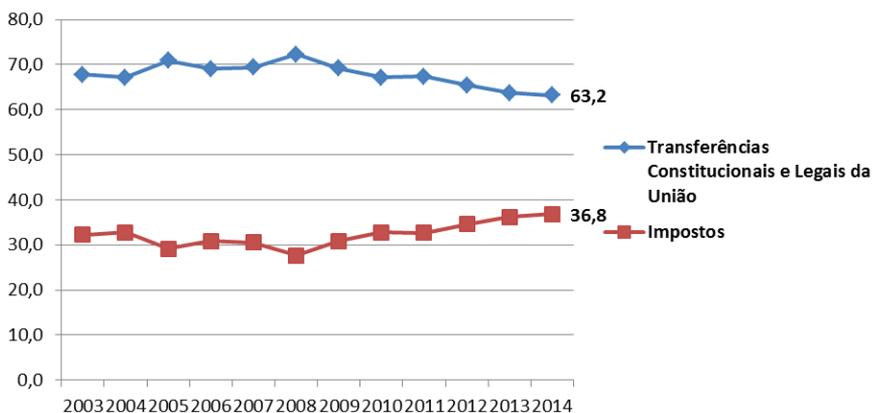
Apesar das transferências constitucionais e legais da União ainda serem a principal fonte de recursos para a saúde, os impostos de arrecadação estadual cresceram mais significativamente – quase 160% –, no período de 2003 a 2014.

O principal imposto da base vinculável à saúde, no Tocantins, é o ICMS, que representava, em 2003, 90,16% das receitas oriundas de todos os impostos e, em 2014, 78,86%. Apesar da ampliação do IRRF e IPVA nos últimos anos, ainda o ICMS é o principal imposto.

O estado, no período de 2005 a 2014, teve ampliado em 76% os recursos provenientes da União para o SUS, referentes a todos os blocos

de financiamento e também a recursos disponibilizados para convênios. Quando somente se consideram os blocos de financiamento, sem os convênios, o crescimento das receitas foi de 52%, inferior, portanto, ao crescimento dos impostos e das transferências constitucionais e legais da União.

Gráfico 1 - Participação relativa dos impostos e das transferências constitucionais e legais na base vinculável de recursos para a saúde do Tocantins, 2003-2014



Fonte: elaborado pelos autores.

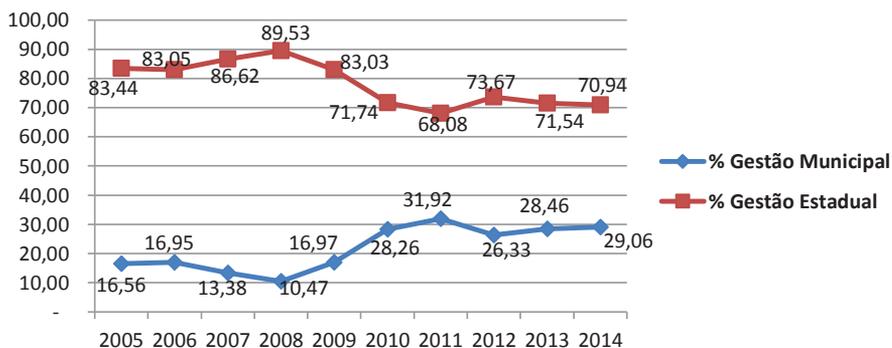
Avaliando os recursos repassados pela União para a SES-TO, em termos de montantes *per capita*, no período de 2005 a 2014, constata-se que houve aumentos até o ano de 2009, chegando-se a um valor de R\$ 196,75. Após este ano, houve uma redução significativa de recursos, que somente retornaram a valores aproximados aos de 2009 em 2014, com um montante de R\$ 200,74. Esta redução dos montantes *per capita*, neste período, foi resultante, principalmente, da descentralização de recursos do bloco da média e alta complexidade para os municípios do estado.

Os recursos do teto financeiro de média e alta complexidade, que estão sob a gestão da SES Tocantins, cresceram 56,89%, no período de 2005 a 2014. O bloco de média e alta complexidade, em relação à soma de todos os blocos de financiamento, tem uma média de participação, de 2003 a 2014, de 87,23%.

A descentralização de ações e serviços para a gestão municipal no estado do Tocantins tem sido muito lenta. No ano de 2005, 83,44% dos

recursos de média e alta complexidade estavam sob gestão estadual, atingindo seu ápice em 2008, com 89,53%, e depois reduzindo, até chegar em 2014 à proporção de 70,94%. (Gráfico 2) Mesmo com vários movimentos descentralizadores deflagrados no período avaliado, como a edição da NOAS (2001), o Pacto pela Saúde (2006), a Programação Pactuada e Integrada (2006) e, por último, o decreto nº 7.508/2011, os recursos continuaram, em sua maior proporção, na gestão estadual.

Gráfico 2 - Percentuais de recursos do bloco de média e alta complexidade por tipo de gestão no estado do Tocantins, 2005 – 2014



Fonte: elaborado pelos autores.

Os recursos do bloco da vigilância em saúde cresceram 80,2%, entre 2003 a 2014. A evolução no período foi constante, porém, com duas reduções muito significativas nos anos de 2008 (23,5% em relação a 2007) e 2014 (22,7% em relação a 2013).

O financiamento da assistência farmacêutica, como um todo, no período de 2003 a 2014, teve redução significativa de 60,6%, principalmente devido à centralização de compras pelo Ministério da Saúde.

O bloco de gestão também teve uma redução, no período de 2005 a 2014, sendo de 54,7%. Em 2005, a participação proporcional do bloco de gestão entre todos os blocos de financiamento representava 1,63%, reduzindo-se em 2014 para 0,42%, tendo o seu auge no ano de 2010 com uma participação de 3,78%.

Os recursos de investimentos repassados à SES Tocantins, seja via convênios, seja na modalidade fundo a fundo (bloco de investimentos), foram muito incipientes no período. Nos últimos 12 anos, do total de re-

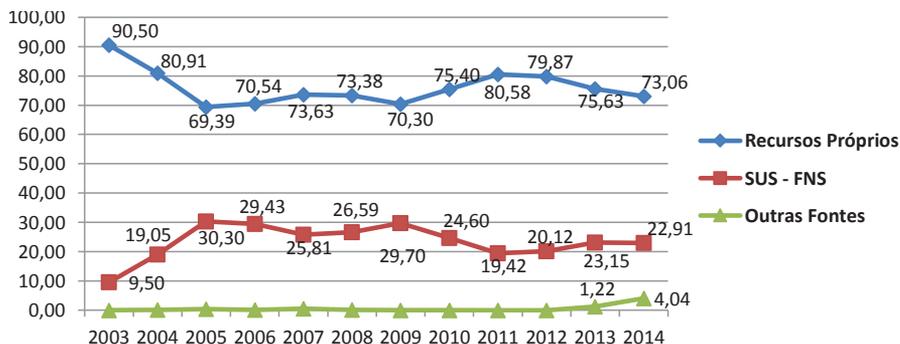
cursos repassados, incluindo todos os blocos de financiamento, os investimentos feitos pelo Ministério da Saúde na SES Tocantins corresponderam a 5,25%. Com exceção, em 2014, de um investimento considerável para a 1ª etapa da construção de um novo hospital geral no município de Gurupi (ainda em construção), todos os outros recursos de investimento foram usados para compra de equipamentos ou melhoria das unidades já existentes, portanto, sem expansão de novos serviços.

Despesas

Em 2003, o estado do Tocantins aplicou em saúde 11,32% do total de recursos oriundos da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais e legais da União. Em 2014, essa proporção chega a 21,47%. Com os custos crescentes da saúde, principalmente com pessoal, material de consumo e serviços de terceiros para manutenção dos serviços sob gestão estadual, e um baixo crescimento do financiamento federal para o SUS, a tendência era de uma dependência cada vez maior dos recursos estaduais.

Quando se avalia a proporção dos gastos em saúde no Tocantins, por fonte de financiamento, verifica-se que a maior parte dos gastos é arcada com recursos próprios do estado, representando, no ano de 2014, 73,06% de todos os gastos em saúde. (Gráfico 3) Importante notar que, nos dois últimos anos do período avaliado, houve um aumento de outras fontes, recursos estes originários de operações de crédito junto a instituições bancárias para investimento na rede assistencial do estado.

Gráfico 3 - Proporção de recursos aplicados em saúde pela SES Tocantins por fonte de financiamento, 2003 – 2014



Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação à análise das despesas *per capita* arcadas com recursos federais do SUS (Tabela 1), constata-se que cresceram apenas no mesmo ritmo do crescimento populacional, não significando, portanto, uma expansão consistente de recursos do FNS para o estado do Tocantins. Quando se considera a despesa *per capita* com recursos próprios, pode-se constatar, ao contrário, um incremento substancial, a cada ano, do volume de recursos gastos com serviços de saúde no estado.

As despesas com pessoal e encargos sociais foram o principal elemento de despesa em todo o período avaliado. Na análise da série histórica, o gasto com pessoal tem consumido uma média de 54% do orçamento destinado à saúde, sendo o Tocantins um dos estados que mais gasta com folha de pagamento no país. Desde 2010, o gasto com pessoal vem crescendo ininterruptamente, tendo alcançado seu percentual mais alto em 2013 com 57,3%. Material de consumo (7,3%) e serviços de terceiros (21,7%) são as outras maiores despesas correntes realizadas pela SES Tocantins no período avaliado.

De todas as despesas da SES Tocantins, no período de 2006 a 2014, o custo da rede hospitalar representava, em média anual, 73,82% de todos os gastos. Além disso, quando se faz a comparação por fonte de financiamento – se recursos próprios ou federais (MAC) – nota-se que, de todo o recurso aplicado no custeio hospitalar, na média do período, 78,61% são recursos do tesouro estadual.

Tabela 2 - Evolução do per capita das despesas em saúde, 2003 – 2014

Ano	População	Recursos Próprios	Recursos SUS	Despesa Total
2003	1.230.188	234,12	24,58	258,70
2004	1.253.256	253,15	59,61	312,76
2005	1.305.708	288,58	126,03	414,61
2006	1.332.441	327,81	136,75	464,56
2007	1.243.627	406,92	142,62	549,54
2008	1.280.509	444,69	161,12	605,81
2009	1.292.051	444,75	187,86	632,61
2010	1.383.453	502,61	163,96	666,57
2011	1.400.892	621,12	149,72	770,84
2012	1.417.694	608,32	153,27	761,59
2013	1.478.164	681,62	208,68	890,30
2014	1.496.880	716,31	224,58	940,89

*Nota: Correção dos valores para o ano de 2014 pelo IPCA-E.

Fonte: elaborado pelos autores.

No período avaliado, a proporção de recursos despendidos em capital, do orçamento total da saúde, foi em média de 4,14% ao ano, puxado por investimentos maiores nos anos de 2003 a 2005. Nos últimos dois períodos de governo avaliados, esta média caiu para 2,42% ao ano, o que dificultou a implantação de novos serviços e a ampliação ou a manutenção dos já existentes. Porém, no ano de 2014, esta proporção sobe para 4,52%, referente ao início da execução da obra do hospital regional de Gurupi, financiada com recursos do Ministério da Saúde e de reformas em outras unidades hospitalares financiadas por operações de créditos bancários.

Dentre as despesas de capital, o item referente a equipamentos e material permanente foi o que mais recebeu recursos. Do total de investimentos, 58% foram utilizados para equipar as unidades sob gestão estadual. Quando, porém, se analisa a aplicação de recursos em obras e instalações, constata-se que, nos doze anos avaliados, só houve investimentos significativos em quatro: 2003, 2004, 2005 e 2014, ficando oito anos seguidos sem um investimento substancial em obras e edificações. A partir dos dados apresentados, é possível entender o motivo da precariedade que as estruturas hospitalares do estado se encontravam, pois não houve investimento significativo em estrutura física.

Relação entre receitas e despesas da saúde

Enquanto as receitas totais do estado cresceram em 105,95%, passando de R\$ 3.890.746.283,93 para R\$ 8.012.926.133,50, no período avaliado, as despesas com saúde mais que triplicaram, indo de R\$ 326.221.820,23 para R\$ 1.467.648.361,88, um aumento de 349,89%.

Outro dado importante, quando se avalia a evolução das despesas com recursos próprios, por período de governo, é que, em todos os períodos, as despesas cresceram muito mais que as receitas, sendo o segundo período de governo o que teve a pior proporção nesta relação. Enquanto as receitas cresceram 24,82%, de 2007 a 2010, as despesas aumentaram em 59,20%. (Tabela 2)

Tabela 3 - Percentual de evolução das receitas de impostos e transferências da União e das despesas com recursos próprios da SES-TO por período de governo, 2003 a 2014

Ano	Impostos+ Transferências da União	Despesas Recursos Próprios	% de Evolução das Despesas com Recursos Próprios	% de Evolução da Receita de Impostos e Transferências
2002	2.575.990.520,14	295.723.711,71		
2003	2.525.905.062,07	288.007.968,35		
2004	2.640.464.899,97	317.263.898,06		
2005	3.125.896.219,72	376.807.289,31	47,70	25,41
2006	3.230.633.145,14	436.784.179,91		
2007	3.433.131.853,91	506.054.285,47		
2008	4.129.318.107,40	569.427.727,95	59,20	24,82
2009	3.666.797.450,23	574.635.785,26		
2010	4.032.550.343,36	695.343.867,47		
2011	4.647.874.510,44	870.120.993,55		
2012	4.667.896.116,38	862.408.563,69		
2013	4.871.647.616,38	1.007.548.305,37	54,20	23,84
2014	4.993.840.167,83	1.072.235.200,68		

Fonte: elaborado pelos autores.

Quando se analisa a evolução do PIB, comparando-a com as receitas e despesas, pode-se notar que as despesas, tanto as totais como as com recursos próprios, têm crescido muito mais que as receitas. Mesmo com um crescimento do PIB do estado de 90,78%, acima da maioria dos estados brasileiros e da média nacional, no período de 2003 a 2012, o aumento de receitas não tem sido suficiente para acompanhar as crescentes despesas do estado.

Outra análise interessante se refere à comparação da evolução das despesas correntes com as receitas de custeio transferidas do FNS. Importante frisar que, no ano de 2009, as receitas repassadas pelo FNS cobriam 30,3% das despesas correntes, e que a partir deste ano houve redução dessa proporção, chegando a 17,7 %, em 2014. (Tabela 3) Este dado é muito preocupante, pois mostra que o financiamento federal não tem acompanhado a evolução das despesas, sobrecarregando a gestão estadual.

Tabela 4 - Comparativo entre as despesas correntes em saúde e as receitas de custeio do FNS, 2003 a 2014

Ano	Despesas Correntes	Receitas de Custeio do FNS	% Participação das Receitas de Custeio do FNS
2003	275.274.834,76	27.006.500,51	9,8
2004	357.275.665,52	78.248.607,66	21,9
2005	511.563.930,95	167.481.186,84	32,7
2006	607.378.856,01	168.767.447,02	27,8
2007	674.590.699,31	190.964.846,25	28,3
2008	753.470.896,08	192.558.635,00	25,6
2009	806.472.788,89	244.479.406,64	30,3
2010	891.881.865,20	258.336.720,34	29,0
2011	1.075.852.682,34	209.096.351,70	19,4
2012	1.088.733.812,43	199.822.873,80	18,4
2013	1.301.074.143,29	272.554.835,21	20,9
2014	1.401.307.772,48	248.189.625,65	17,7
Total	9.744.877.947,26	2.257.507.036,64	23,2

Fonte: elaborado pelos autores.

Comparativo entre os estados brasileiros

Quando se compara o estado do Tocantins com outros estados, nota-se que este incremento desproporcional das despesas em relação às receitas é uma realidade nacional. De fato, com exceção do Amazonas e da Paraíba, todos os estados apresentaram um crescimento proporcional muito maior das despesas em saúde do que das suas receitas totais.

Quanto às despesas com saúde, o Rio Grande do Sul foi o único estado que teve um crescimento maior que o do Tocantins, com 363,56%

de aumento entre 2003 e 2014. Os contextos, entretanto, são diferentes, pois o governo gaúcho não cumpria a emenda constitucional nº 29, ou seja, não aplicava o percentual mínimo constitucional do seu orçamento na saúde, ao passo que Tocantins aplicava mais do que o piso definido pela EC-29.

Em relação ao processo de descentralização da saúde ocorrido no país nestes últimos anos, e ao comparar o estado do Tocantins com os demais estados brasileiros, nota-se que este ocupa a 5ª colocação em centralização dos recursos de média e alta complexidade sob sua gestão, após o Distrito Federal, Acre, Amapá e Amazonas.

Outra importante observação, na maioria dos estados, é a vinculação entre a proporção de serviços sob gestão estadual e os gastos com recursos próprios em saúde. Nos estados da região Norte, aí incluso o Tocantins, onde a maior parte dos recursos do bloco MAC está na gestão estadual, há um desembolso maior de recursos estaduais na manutenção dos serviços.

Esta dificuldade na descentralização dos serviços de média e alta complexidade decorre, principalmente, do fato de a maioria dos municípios ser de pequeno porte e ter baixa capacidade de aumentar a alocação de recursos na saúde, pois já extrapola em muito o mínimo constitucionalmente definido com os serviços que já estão sob sua gestão, especialmente a atenção básica.

Quando se analisam as transferências do FNS para os estados brasileiros, pode-se constatar que a SES Tocantins possui o quarto maior volume de recursos *per capita* do país, devido à concentração dos serviços de média e alta complexidade na gestão estadual, diferentemente de outros estados onde os municípios assumiram a maior parte da gestão dos serviços de saúde. (Tabela 4) Importante notar que os estados da região Norte estão entre os primeiros colocados, porém ao invés de significar um aporte maior do governo federal para uma questão da correção das desigualdades regionais, o sentido é justamente o oposto. Os estados acabam promovendo um desembolso maior de recursos próprios para custear as unidades e os serviços que se encontram sob sua gestão.

Quando se compara o valor *per capita* das despesas custeadas com recursos próprios da SES Tocantins com o de outros estados, percebe-se que o Tocantins é o terceiro estado no país que mais aplica recursos por

habitante com saúde. (Tabela 4) Com exceção do Distrito Federal e de Pernambuco, os estados que lideram a lista de maiores valores *per capita* são da região Norte, onde há, proporcionalmente, maior centralização de serviços na gestão estadual.

Tabela 5 - Valores *per capita* das despesas custeadas com recursos próprios e do FNS das SES dos estados, 2014

UF	Per Capita Recursos SUS	Per Capita Recursos Próprios	Per Capita Despesa Total
Distrito Federal	248,97	868,17	1.117,14
Acre	338,58	742,96	1.081,54
Tocantins	224,58	716,31	940,89
Amapá	237,92	580,84	818,76
Roraima	150,15	585,96	736,11
Amazonas	143,85	491,86	635,71
Espírito Santo	148,52	432,77	581,29
Rondônia	134,05	360,38	494,43
Pernambuco	163,02	283,38	446,40
São Paulo	113,16	304,70	417,86
Sergipe	94,00	312,15	406,15
Mato Grosso do Sul	73,33	324,12	397,45
Mato Grosso	75,42	314,97	390,39
Santa Catarina	99,94	279,79	379,73
Rio Grande do Norte	95,48	282,44	377,92
Total	90,67	282,71	373,38
Rio Grande do Sul	84,61	281,34	365,95
Paraná	91,00	257,04	348,04
Flaú	70,46	240,73	311,19
Ceará	60,20	243,15	303,35
Rio de Janeiro	47,18	248,24	295,42
Bahia	104,42	188,52	292,94
Paraíba	34,71	253,64	288,35
Goiás	18,94	261,00	279,94
Alagoas	68,97	206,40	275,37
Minas Gerais	51,58	223,01	274,59
Pará	47,81	202,38	250,19
Maranhão	58,24	188,75	246,99

Fonte: elaborado pelos autores.

A média de gasto com pessoal nos orçamentos da saúde, no Brasil, foi de 32% em 2014,

sendo que alguns estados estavam muito abaixo deste patamar devido a diversos fatores: terem poucos serviços sob sua gestão, pagarem

salários baixos aos servidores, recorrerem a OS, OSCIP, Cooperativas, Fundações e Consórcios para contratação de pessoal. Assim, para ter um diagnóstico mais preciso dos gastos com pessoal de saúde, seria necessário um estudo específico. Porém, sem levar em conta esses fatores, em comparação com outros estados, o Tocantins estava em quarto lugar, no ano de 2014, em gastos com pessoal, precedido por Rio Grande do Norte, Rondônia e Amapá.

Os resultados apontaram para um crescimento das receitas bastante inferior ao aumento das despesas, no período de 2003 a 2014. De fato, houve um crescimento de 349,89% das despesas totais em saúde, enquanto as receitas vinculadas ao financiamento da saúde cresceram apenas 105,95%. Estes dados já são suficientes para demonstrar a impossibilidade de se continuar a custear a saúde pública nesta base, pois o estado já começa a demonstrar que atingiu o máximo de sua possibilidade na aplicação de recursos na saúde.

A ampliação das despesas, no estado do Tocantins, foi financiada basicamente com recursos do tesouro estadual, pois os recursos de transferências do FNS apenas acompanharam o crescimento populacional. Esta explicação é corroborada por estudos que dizem que, por conta dos estados e dos municípios, com a aprovação da EC-29, houve uma ampliação de recursos públicos para a saúde em relação ao PIB, de um ponto percentual, saindo de 2,89 em 2000 para 3,91% em 2011. Um estudo da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2013), em relação ao percentual gasto em ações e serviços de saúde, comparativamente ao PIB, mostra que, de 2000 (1,73%) a 2011 (1,75%), o financiamento federal para a saúde pouco cresceu no período. Os resultados desses estudos coincidem com os da presente pesquisa que mostram a ampliação do financiamento com recursos próprios do estado e a redução proporcional dos repasses do Ministério da Saúde.

Dentro desta mesma linha, no período de 2000 a 2011, de todo o recurso público aplicado na saúde no país, houve a ampliação da participação dos estados no financiamento do SUS, saindo de 18,5% para 25,7%, e dos municípios de 21,7% para 29,6%, sendo que a União reduziu sua participação de 60% para 44% no mesmo período.

Outro achado importante, produzido por um estudo do IPEA (BRASIL, 2013), foi o aumento significativo da participação dos gastos em saú-

de dos estados, em relação aos valores nominais que compõem o numerador da Carga Tributária Bruta (CTB), que não incluem as transferências constitucionais e legais da União. A participação das receitas estaduais no financiamento das ações e serviços públicos em saúde saiu de 7,8%, em 2002, para 11% em 2011, enquanto a União reduziu sua participação de 7,7% para 7,2% no mesmo período. Este estudo do IPEA reforça os resultados encontrados nesta pesquisa, que mostram o crescimento a cada ano dos percentuais aplicados em saúde pelo estado, saindo de 11,32% em 2003 para 22,47% em 2014. Como o crescimento das receitas dos impostos de base estadual, de 159,89% no período de 2003 a 2014, não foi proporcional ao aumento das despesas, o estado acabou empreendendo um esforço maior para o financiamento da saúde, ampliando os percentuais a cada ano e extrapolando os mínimos constitucionais estabelecidos, elevando a participação do estado em relação à CTB.

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (2012), países com sistemas universais de saúde com um financiamento muito baixo não podem garantir uma cobertura universal. Contudo, se os recursos não forem empregados com eficiência e equidade, um maior financiamento pode não resultar na ampliação de cobertura nem na melhoria da qualidade da atenção prestada à população.

Portanto, a partir dos resultados apresentados, a solução da crise que atravessa a saúde pública brasileira, e a do Tocantins, em particular, passam necessariamente pela ampliação do financiamento público da saúde. Este esforço de ampliação passa primeiramente pela definição de uma base sólida de vinculação de recursos para a saúde, por parte do governo federal, que garanta um financiamento estável para a saúde no país. Em segundo lugar, passa pela elevação do aporte à saúde de recursos federais: não há como pensar que estados e municípios terão condições, sozinhos, de assegurar o adequado financiamento para a saúde.

Porém, apesar da necessidade de ampliação de recursos, é preciso pensar em como estão sendo realizados os gastos públicos com os recursos já disponíveis para o financiamento da saúde. Para tanto, é interessante analisar duas teorias sobre a evolução dos gastos públicos no mundo.

A primeira foi elaborada por Peacock e Wiseman (1970 apud GIACOMONI, 2012, p. 8), que realizaram uma investigação no Reino Unido sobre a evolução das contas públicas e concluíram:

O crescimento dos gastos totais do governo em determinado país é muito mais uma função das possibilidades de obtenção de recursos do que da expansão dos fatores que explicam o crescimento da demanda de serviços produzidos pelo governo.

Esta afirmação ajuda a explicar, em parte, o crescimento das despesas públicas em saúde no Tocantins, pois, conforme mostram os achados desta pesquisa, o governo do estado que mais comprometeu recursos com a saúde foi o que se beneficiou do maior crescimento proporcional das receitas totais. Com um crescimento das receitas de quase 40%, esse governo (o do segundo período) aumentou em 59,20% as despesas com a saúde. Ressalte-se que este crescimento das despesas não foi resultado da expansão da oferta de serviços de saúde.

A segunda teoria, desenvolvida por Musgrave e Musgrave (1980, apud GIACOMONI, 2012, p. 14-15), elenca algumas explicações para o crescimento da função do Estado e também ajuda a explicar o crescente aumento das despesas no Tocantins e no Brasil. Entre essas explicações se destacam: o crescimento da renda *per capita* e o aumento da demanda por bens e serviços públicos; mudanças tecnológicas; mudanças populacionais; os custos relativos dos serviços públicos; a disponibilidade de alternativas para a tributação e os fatores políticos e sociais.

Portanto, a solução da crise do setor saúde passa necessariamente pelo equacionamento do problema de subfinanciamento, além do controle dos gastos públicos e de um planejamento que leve em consideração os fatores apresentados nas teorias sobre a evolução das finanças públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento da saúde, no estado do Tocantins, foi analisado sob quatro aspectos: a evolução das receitas das diferentes fontes, a evolução das despesas em seus diversos elementos, a relação entre receitas e despesas e a comparação entre os estados brasileiros. Estas informações podem vir a subsidiar a gestão estadual, inclusive na eventual elaboração de um

plano de intervenção que permita enfrentar os problemas gravíssimos de subfinanciamento e de ineficiência da gestão.

Considerando as participações relativas dos entes federados no financiamento da saúde no Brasil, parece claro que os estados e municípios, em sua maioria, já estão muito acima da sua capacidade de expandir seus gastos em saúde. Na contramão deste movimento, o governo federal recuou sua participação no financiamento da saúde nos últimos anos, o que faz com que não se corrijam as desigualdades da oferta de serviços prestados à população brasileira, principalmente entre os estados mais ricos e os mais pobres.

Outra questão cuja necessidade de enfrentamento fica clara neste trabalho é qual o modelo de federalismo cooperativo que se deve perseguir.

Segundo o pensamento de Celso Furtado (1959), o federalismo no Brasil haveria de assumir características próprias, muito mais dependentes das iniciativas do governo federal, em razão das desigualdades econômicas e sociais entre suas unidades constitutivas. Portanto, é necessário reconhecer o protagonismo da União em uma Federação assimétrica como o Brasil, porém, sem relegar os governos estaduais a um eterno segundo plano, ou seja, o protagonismo federal deve ser, progressivamente, superado com o fortalecimento dos entes subnacionais.

O governo federal sempre enfrentará dificuldades para conhecer, diagnosticar e intervir nas diferentes realidades de um país continental. Além disso, por melhores que sejam as intenções do governo nacional e por mais limitações que ainda existam na esfera estadual, não se pode desconhecer que o processo decisório mais descentralizado permite, em tese, maior participação social. O processo de elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas nos estados brasileiros pode contribuir para a incorporação de atores sociais no espaço público, para o fortalecimento do princípio da cidadania e para a construção de uma cultura política democrática. (ISMAEL, 2013)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

ARRETCHE, M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Revista de sociologia política*, Curitiba, n. 24, p. 69-85, 2005.

BANCO MUNDIAL. Indicadores de Desenvolvimento Mundial de 2013. *Banco Mundial*, Washington, D. C., 2013. Disponível em: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. Acesso: 8 jun. 2015.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Financiamento da saúde*: Brasil e outros países com cobertura universal: a participação estatal no financiamento de sistemas de e a situação do Sistema Único de Saúde - SUS. Nota Técnica nº 12, de 27 de maio de 2013. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão Administrativa e Financeira no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS, n. 8).

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Dívidas estaduais, federalismo fiscal e desigualdades regionais no Brasil: percalços no limiar do século XXI. Brasília, DF: IPEA, 2013b. (Texto para Discussão, n. 1.889).

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil*: notas sobre o período recente (1990-2010). Brasília, DF: IPEA, 2013c. (Texto para Discussão, n. 1.908).

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Financiamento Público da Saúde*: uma história à procura de um rumo. Brasília, DF: IPEA, 2013d. (Texto para Discussão, n. 1846).

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, 14 set. 2000.

BRASIL. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, 14 jan. 2012.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União*: seção 1, 18 mar. 2015.

BURKHEAD, J. *Orçamento Público*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

- CARVALHO, G. Financiamento 206: domingueira nº 616. *IDISA*, São Paulo, 2012.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, v. 12, p. 1851-1854, 2007.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz: IPEA, 2013.
- FURTADO, C. *A Operação Nordeste*. Rio de Janeiro: ISEB, 1959. (Textos brasileiros de economia, v. 5).
- GIACOMONI, J. *Orçamento Público*. São Paulo: Atlas, 2012.
- ISMAEL, R. *Governos estaduais no ambiente federativo inaugurado pela Constituição Federal de 1988: aspectos políticos e institucionais de uma atuação constrangida*. Brasília, DF: Ipea, 2013.
- LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. 2007. Tese (Doutorado em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- LIRA, A. M. L. *A Instância Estadual e o Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a Perspectiva da Equidade Regional: estudo do caso do Rio de Janeiro*. 2010. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão dos Serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- LOBO, R. L. *Federalismo Fiscal Brasileiro: discriminação das rendas tributárias e centralidade normativa*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.
- MENDES, C.; MONTEIRO NETO, A. Planejamento, instrumentos e resultados: a (in)compatibilidade de políticas para o desenvolvimento do Nordeste. *Cadernos do Desenvolvimento*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 10, p. 43-82, 2012.
- MONTEIRO NETO, A. (org.). *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília, DF: IPEA, 2014.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Saúde nas Américas, edição 2012: panorama regional e perfis de países*. Washington, D. C: OPAS, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2010: financiamento dos sistemas de saúde*. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso: 9 jun. 2015.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Genebra: OMS, 2000.
- PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D.; SERVO, L. M. S. et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. *In: BRASIL*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília, DF: IPEA, 2009. p. 350-370. (Vinte anos da Constituição Federal, v. 1, n. 17).

SERVO, L. M.; PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011. p. 85-108.

SILVA, F. A. R. *Finanças Públicas*. São Paulo: Atlas, 1979.

Capítulo 14

VARIAÇÃO DOS CUSTOS ASSOCIADOS AO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS INFECTANTES EM UM HOSPITAL GERAL

Ana Claudia Dias Bastos

Erika Santos de Aragão

INTRODUÇÃO

Os Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) são definidos como materiais provenientes das atividades exercidas por profissionais da assistência médica, odontológica, laboratorial, farmacêutica, dentre outras áreas afins que, por suas especificidades, necessitam de processos diferenciados de manejo, exigindo ou não tratamento prévio para a disposição final. (CUSSIOL, 2008)

A resolução da diretoria colegiada, RDC nº 306/04, classifica os resíduos de serviço de saúde em cinco grupos: grupo A, resíduos com possível concentração de presença biológica, também chamado como infectante; grupo B, resíduos que contenham substâncias químicas; grupo C, resíduos que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos permitidos pelas legislações vigentes; grupo D, resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico e o grupo E, que incluem materiais perfurocortantes ou escarificantes. (BRASIL, 2004)

Tendo em vista a especificidade dos resíduos gerados no âmbito dos serviços de saúde, particularmente em hospitais, foram construídos marcos regulatórios específicos destinados a regulamentar o seu gerenciamento nas unidades hospitalares. O primeiro marco normativo para a área da saúde foi a resolução do CONAMA nº 6/91. Em função dos desafios gerados, este tema vem assumindo grande importância com o passar dos últimos anos, sendo objeto de políticas públicas e ações legislativas que buscam a sustentabilidade ambiental e a preservação da saúde. Atualmente, o gerenciamento de RSS é orientado pela resolução nº 358, de abril de 2005.

Se de um lado o gerenciamento dos resíduos tem impacto positivo para o meio ambiente, por outro, pode comprometer os recursos financeiros destinados à manutenção dos serviços de saúde, pois, se a estes forem dadas formas inadequadas de tratamento, podem se tornar um componente gerador de custos significativos para o orçamento da saúde pública.

O hospital geral de Palmas Dr. Francisco Aires (HGP), inaugurado em julho de 2005, possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) baseado na resolução nº 358 do CONAMA. Aquela unidade hospitalar dispõe de mais de 200 leitos, distribuídos nas unidades de internação, unidades de tratamento intensivo adulto e pediátrico, além de uma unidade de tratamento intermediário. Seu pronto socorro é de portas abertas e conta com especialistas nas diversas áreas da medicina; por ser considerado de grande porte e possuir alta densidade tecnológica, é considerado o componente de atenção hospitalar da região Capim Dourado.

No seu processo de atenção à saúde, a instituição gera uma quantidade de resíduos que ultrapassa 40 mil toneladas por mês. No entanto, mesmo com o PGRSS, não se observa uma supervisão e/ou capacitação adequada para que seu manejo seja cumprido de acordo com as normas referenciadas, o que pode estar onerando o processo de gerenciamento além das expectativas necessárias.

A importância de um gerenciamento adequado dos RSS se faz necessário, considerando-se o fato de que o pagamento do tratamento é de responsabilidade do órgão gestor de saúde do estado do Tocantins, deste 1 de abril de 2014, colocando esta atividade como componente dos custos para o hospital. Porém, apesar de ter um plano de gerenciamento de resíduo, este não está sendo cumprido adequadamente.

Enquanto enfermeira, lotada no hospital geral de Palmas, durante o desenvolvimento das atividades profissionais no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), surgiu o interesse em avaliar se a segregação de resíduos sólidos estaria sendo feita de acordo com o protocolo e/ou Plano de Gerenciamento de Resíduos da instituição e quais suas implicações financeiras, justificando assim a realização deste estudo.

Ante o exposto, torna-se necessário identificar se haveria variação de custos com o tratamento de resíduos sólidos infectantes no hospital geral público de Palmas Dr. Francisco Aires, caso houvesse uma seleção mais criteriosa na sua segregação?

Este estudo tem como objetivos geral e específico, respectivamente, mensurar a variação dos custos com o tratamento dos resíduos sólidos infectantes de um hospital geral após reclassificação da segregação original e realizar diagnóstico do quantitativo de resíduos infectantes do grupo A, no segundo piso da unidade de internação do hospital geral público de Palmas Dr. Francisco Aires; verificar se a segregação realizada atende o protocolo estabelecido pelo programa de gerenciamento de resíduo da instituição; estimar os custos dos resíduos da segregação original e da segregação realizada na reclassificação, a partir do protocolo estabelecido na instituição.

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

O PGRSS é um documento integrante do processo de licenciamento ambiental, baseado nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, devendo apontar e descrever as ações relativas ao seu manejo, bem como os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde pública e ao meio ambiente. (BRASIL, 2005)

RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E A EVOLUÇÃO DE SUA REGULAMENTAÇÃO

Os resíduos de serviço de saúde são aqueles provenientes de atividades exercidas por prestadores de assistência médica, odontológica, laboratorial, farmacêutica, dentre outros que, por suas especificidades, necessitam de processos diferenciados no manejo, exigindo ou não tratamento prévio para a disposição final. O gerenciamento deste tipo de resíduo só passou a ser regulamentado em 1991, com a resolução do CONAMA, que estabeleceu o prazo de 180 dias para o estabelecimento de normas para o tratamento especial dos resíduos no âmbito estadual. (BRASIL, 1991)

A resolução do CONAMA nº 5, datada de 1993, traz, entre outros, os conceitos de resíduos sólidos, plano de gerenciamento de resíduos sólidos, além de padronizar as embalagens para o acondicionamento dos resíduos do grupo "A", recomendando ainda para tratamento destes resíduos, a esterilização a vapor ou a incineração. (BRASIL, 1993)

A resolução do CONAMA nº 283/2001 determina que o responsável legal pela Instituição de Saúde deve apresentar um PGRSS, onde será responsável por todo processo de gerenciamento de seus resíduos, desde sua geração até sua disposição final; classifica ainda os resíduos em quatro grupos A, B, C e D, posteriormente alterados, conforme apresentado na próxima explanação.

A RDC nº 33/2003 dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e instituiu o prazo de 12 meses para a adequação dos serviços, aos requisitos nele contidos.

A RDC nº 306/04 dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento dos resíduos; revoga a RDC nº 33/03, especifica o tipo de material da embalagem para acondicionamento dos resíduos; regulamenta o transporte e o acondicionamento destes e sugere a implantação de instrumentos de avaliação.

A resolução nº 358 do CONAMA/05 revoga as resoluções nº 5/93 e a nº 283/01; dispõe sobre o tratamento e disposição final dos resíduos, enfatizando no seu Artigo 14 a obrigatoriedade da segregação dos resíduos nas fontes geradoras, para fins de redução do volume.

A lei nº 12.305/2010 institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos e entre seus objetivos destaca, em seu artigo 7, “[...] a não geração, redução, reutilização, reciclagem e tratamento dos resíduos e disposição final”. (BRASIL, 2010, p. 4)

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta classificação tem por base as resoluções do CONAMA nº 358/05 e da Diretoria Colegiada nº 306/04, nas quais a identificação deve permitir o reconhecimento dos resíduos, fornecendo informações acerca do manejo correto, classificando os resíduos em 05 grupos distintos (Grupo A, B, C, D e E).

- Grupo A: nesta classificação, encontram-se os resíduos com possível concentração de presença biológica, tais como: sangue, hemoderivados, excreções, secreções, líquidos orgânicos entre outros, apresentando cinco subdivisões: A1; A2; A3; A4 e A5.
- Grupo B: resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à Saúde Pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.
- Grupo C: resíduos com quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação, especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.
- Grupo D: resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.
- Grupo E: materiais perfurocortantes ou escarificantes, como: agulhas, ampolas de vidro, brocas, escalpes, lâmina de bisturi e outros similares.

Com base nas informações da Associação Brasileira de Normas Técnicas nº 10004 de 2004, os resíduos são classificados em:

- Classe I (perigosos), que devem ter pelo menos uma das características a seguir: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenicidade.
- Classe II (não perigosos): dividido em dois subgrupos a saber: resíduos classe II A (não inertes), estando incluso nesta categoria os resíduos biodegradáveis, com características de combustibilidade ou solubilidade e os resíduos classe II B (inertes).

HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS DR. FRANCISCO AIRES

O HGP, inaugurado em julho de 2005, administração estadual, com atendimento contínuo de 24 horas por dia, no período deste trabalho dispunha de 353 leitos habilitados, distribuídos em leitos de internação, unidade de tratamento intensivo adulta e pediátrica, além de uma unidade de tratamento intermediário. Seu corpo clínico é composto por aproximadamente 15 especialidades cirúrgicas e 10 clínicas. O Pronto Socorro do hospital é de porta aberta e conta com especialistas nas diversas áreas da medicina; por ser considerado de grande porte e com alta densidade tecnológica é componente de Atenção Hospitalar da Região “Capim Dourado”. Encontra-se sob ampliação, com implantação de mais quatro salas no Centro Cirúrgico (CC), aumento do expurgo e da central de material estéril (CME), além de mais cinco leitos na sala de recuperação anestésica e 200 leitos na Unidade de Internação. Seu PGRSS tem como base a resolução n.º 358 do CONAMA e segrega seus resíduos em comum (grupo D) e resíduos infectantes (grupo A).

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS NO HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS DR. FRANCISCO AIRES

O gerenciamento dos resíduos no hospital geral é baseado na resolução CONAMA n.º 358 de 2005 e a RDC da ANVISA n.º 306 de 2004.

A segregação de resíduos inicia-se no local de sua geração, sendo classificados em contaminados e resíduos comuns. Os resíduos do Grupo

“A” são acondicionados em recipientes com tampa e com pedal; os sacos plásticos são de cor branca leitosa, com símbolo de resíduo infectante, classe II. Os resíduos do subgrupo A3 são encaminhados para exames ou sepultamento. Os do grupo “B” são encaminhados diretamente para a estação de tratamento de esgoto, sendo os resíduos quimioterápicos acondicionados em recipientes com tampa e com pedal, os sacos plásticos são de cor branca leitosa, com símbolo de resíduo infectante, classe II. Os resíduos do grupo “D” são acondicionados em recipientes, com tampa e pedal, os sacos plásticos são de cor preta, classe II e finalmente, os resíduos do tipo “E” são acondicionados em caixas rígidas, impermeáveis, com lacre e com símbolo de resíduos infectantes, estando em conformidade com a Norma NBR nº 9191/7500.

O transporte interno dos resíduos dos grupos A, B e D, ocorre em carro de transporte projetado em resina poliéster e *fiberglass* reforçado, dreno para escoamento de líquidos, com duas tampas e capacidade para 500 litros. Os resíduos do grupo E, são transportados sempre que as embalagens atinjam o limite máximo permitido. O funcionário responsável por este transporte é capacitado e orientado quanto ao manejo do resíduo hospitalar, entre as orientações citamos o acondicionamento, coleta, armazenamento temporário, armazenamento externo dos resíduos. Sendo paramentado de acordo com as normativas vigentes.

O armazenamento temporário atende as resoluções vigentes e destina-se exclusivamente para o resíduo hospitalar, existe uma para cada setor. As embalagens plásticas com resíduo hospitalar são acondicionadas em carro de transporte, existente em cada abrigo. O abrigo é identificado e restrito aos funcionários do gerenciamento de resíduos, sendo de fácil acesso para o transporte. O armazenamento externo, denominado de abrigo de resíduos, é construído em ambiente exclusivo, com acesso externo facilitando à coleta, possuindo um ambiente separado para atender o armazenamento de recipientes de resíduos do grupo A, juntamente com os do grupo E, e outro ambiente para acondicionar os resíduos do grupo D. Os resíduos orgânicos do grupo D, tais como sobras de alimentos da cozinha e restos alimentares do refeitório, possuem armazenamento individual, a câmara fria, também com acesso externo para coleta.

O tratamento dos resíduos é realizado pela empresa Dantas e Cavalcante – LTDA/ECOSERVICE, conforme contrato celebrado com a secre-

taria de estado da saúde, com o objetivo de garantir a coleta e transporte externos; tratamento e destinação final dos resíduos sólidos infectantes (grupo A), químico (grupo B) e perfurocortante (grupo E). As despesas decorrentes com transporte, tratamento e destino final do resíduo infectante são custeadas por meio das seguintes dotações orçamentárias:

Quadro 1 - Origem das Dotações orçamentárias que custeiam as despesas com transporte, tratamento e destino final do resíduo infectante do HGPP

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Programa do PPA	Saúde Direito do Cidadão
Ação/ Orçamento	Modernização da gestão e gerência hospitalar e ambulatorial própria do estado
Bloco	Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC)
Componente	Limite financeiro da Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar
Ação/Serviço/Estratégia	Limite financeiro da Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar
Fonte	F – 250 e / ou F-102.

Fonte: adaptado de Brasil (2015).

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizada análise dos resíduos sólidos infectantes, depositados no abrigo temporário do segundo andar, que recebe os resíduos produzidos por 100 leitos, onde a pesquisadora, durante o período da coleta, esteve paramentada de forma adequada com as determinações das resoluções específicas e contou com o auxílio de uma funcionária para o registro. A avaliação da segregação dos resíduos do grupo A foi realizada, inicialmente, com a pesagem do resíduo, na forma como foi acondicionado nas unidades de coleta. Posteriormente, houve a abertura dos sacos contendo resíduos infectantes e a avaliação criteriosa do conteúdo, conforme o PGRSS da instituição. Os resíduos que estavam em conformidade com a classificação do grupo A foram separados, sendo realizada nova pesagem – desta forma foi possível avaliar o

quantitativo de resíduo gerado atualmente e sua magnitude real, identificando-se, assim, os possíveis casos de erros na segregação. Os resultados, após a pesagem, foram registrados em planilha. O valor utilizado como base para os cálculos foi de R\$ 4,08 (quatro reais e oito centavos), conforme contrato entre a secretaria de estado da saúde do Tocantins e a empresa contratada para tratamento dos resíduos infectantes. Destaca-se que, após realização da segunda pesagem, se manteve a segregação original, pois o lixo comum torna-se infectante ao entrar em contato com material originariamente infectante, desta forma os custos dos resíduos serão estimados nestas duas etapas conforme a equação. Onde: V_e = Volume excedente após segregação adequada; V_o = Volume original (segregação proveniente das unidades); V_s = Volume segregado (segregação após avaliação de acordo com os critérios estabelecidos na normativa).

$$V_e = V_o - V_s$$

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2016, durante cinco dias, nos períodos matutino e vespertino, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer nº 1445982. A pesquisa seguiu a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e a portaria nº 796, datada de 27 de junho de 2014, exarada pela secretaria de estado da saúde do Tocantins, que regulamenta a coleta de dados para fins de pesquisa em unidades sob sua gestão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, observa-se que os valores no quantitativo de resíduos nos períodos matutino e vespertino são aproximados entre eles, no segundo dia, a coleta foi prejudicada por motivos alheios à vontade da pesquisadora, para finalidade de avaliação, a tabela foi completada, fazendo-se a média aritmética entre os valores obtidos em todas as tardes. Apesar destas dificuldades, o resultado final não ficou comprometido, onde Volume Original (V_o) é referente ao quantitativo de resíduos gerados na unidade; Volume Segregado (V_s) é referente aos resíduos após seleção; e o Volume Excedente (V_e) corresponde aos resíduos acondicionados em local inade-

quado. Durante o processo de coleta dos dados foi possível observar que existem erros na segregação e na coleta.

Tabela 1 - Distribuição do quantitativo de resíduos sólidos infectantes, por dia e período da coleta de dados, Palmas TO, março de 2016

	Período	Volume Original (Vo)	Volume Segregado (Vs)	Volume Excedente (Ve)
Primeiro dia	Manhã	61.700 g	9.300 g	52.400 g
	Tarde	64.500 g	15.000 g	49.500 g
Segundo dia	Manhã	53.300 g	11.900 g	41.400 g
	Tarde	63.116 g	15.033 g	48.133 g
Terceiro dia	Manhã	52.900 g	14.300 g	38.600 g
	Tarde	59.100 g	15.200 g	43.900 g
Quarto dia	Manhã	41.200 g	11.100 g	30.100 g
	Tarde	65.900 g	14.900 g	51.000 g
Quinto dia	Manhã	62.900 g	20.400 g	42.500 g
	Tarde	63.116 g	15.033 g	48.133 g
Total		587.732 g	142.166 g	445.666 g

Fonte: elaborado pelas autoras.

Na segregação, o quantitativo de 445.666g dos resíduos foi acondicionado em local inadequado, ou seja, resíduos comuns em sacos brancos destinados aos resíduos infectantes, caracterizando desta forma que a segregação realizada não atende as recomendações do PGRSS, conforme o demonstrado na figura 1, onde o resíduo infectante seria somente os sacos que estão depositados do lado de fora do carro de transporte, enquanto os que estão no interior do carro é o resultado do acondicionamento inadequado. A segregação deve ser realizada na fonte de geração, condicionada a uma ampla e detalhada capacitação da equipe multiprofissional, sendo esta etapa considerada uma das mais importantes para o sucesso da implantação do PGRSS.

Figura 1 - Segregação inadequada



Fonte: elaborado pelas autoras.

Os erros de coleta ficaram evidentes quando foi observado que os sacos pretos recolhidos são também acondicionados em sacos brancos pela equipe do serviço de higienização e limpeza, conforme Figura 2. Contrariando a RDC nº 306/2004, que especifica o tipo adequado de embalagem e acondicionamento dos resíduos. Devendo o resíduo comum ser descartado em saco preto e ser encaminhado ao abrigo temporário separado do resíduo infectante.

Figura 2 - Erros de coleta



Fonte: elaborado pelas autoras.

Uma pesquisa realizada em Porto Alegre/RS, objetivando analisar o gerenciamento dos resíduos sólidos produzidos nos serviços de saúde dos hospitais, destaca que a conscientização de funcionários, médicos e gerência das unidades hospitalares, sobre a importância da correta segregação, armazenagem e manuseio dos resíduos está diretamente ligada ao sucesso do gerenciamento dos RSS. (NASCIMENTO, 2002)

Esta mesma dissertação obteve como resultado que a segregação na origem e o encaminhamento à reciclagem reduzem o volume de resíduos destinados ao aterro sanitário e, conseqüentemente, traz benefícios sociais e ambientais, sendo que, em muitos casos, também economia de recursos financeiros para o estabelecimento de saúde. Ressalta-se assim a importância de um trabalho direto e eficiente na capacitação dos funcionários, envolvidos na produção e manipulação destes resíduos. Através desta conscientização será possível a redução do quantitativo de resíduos infectantes, produzidos na fonte geradora, como é preconizado pelas resoluções vigentes.

A RDC nº 33/2003 enfatiza que a capacitação de funcionários envolvidos no gerenciamento de resíduos deve ser realizada em sua admissão e periodicamente. Esta ação, em conjunto com uma supervisão criteriosa, tornaria o processo de segregação, acondicionamento e transporte mais eficaz.

Na Tabela 2, podemos comparar os valores gastos com o tratamento necessário dos resíduos até seu destino final. Considerando que o valor pago é de R\$ 4,08 (quatro reais e oito centavos) por quilo de resíduo, a variação total dos custos que poderia ser economizado é da monta de R\$ 1.817,90 (mil oitocentos e dezessete reais e noventa centavos), sendo este valor considerável para cinco dias e para um total de apenas cem leitos. Segundo a resolução nº 283/01 do CONAMA, "cabe ao estabelecimento gerador à responsabilidade pelo gerenciamento de seus resíduos desde a geração até a disposição final". (BRASIL, 2001, p. 1) Garcia e Zanetti-Ramos (2004, p. 744-752) afirmam que

Apenas uma parcela dos RSS é potencialmente infectante, contudo, se ela não for segregada adequadamente, todos os resíduos que a ela estiverem misturados também deverão ser tratados como potencialmente infectantes, exigindo-se assim, procedimentos especiais para acondicionamento, coleta, transporte e disposição final, elevando-se, com isso, os custos do tratamento desses resíduos.

Tabela 2 - Distribuição do valor gasto com os resíduos sólidos infectantes do hospital geral, por dia e período da coleta de dados, Palmas-TO, março de 2016

	Período	Volume Original (Kg)	Valor Pago R\$	Volume Segregado (Kg)	Valor Ideal a ser Gasto R\$	Varição de custo R\$
Primeiro dia	Manhã	61,70	251,74	9,30	37,94	213,80
	Tarde	64,50	263,16	15,00	61,20	201,96
Segundo dia	Manhã	53,30	217,46	11,90	48,55	168,91
	Tarde	63,11	257,49	15,03	61,32	196,17
Terceiro dia	Manhã	52,90	215,83	14,30	58,34	157,49
	Tarde	59,10	241,13	15,20	62,02	179,11
Quarto dia	Manhã	41,20	168,10	11,10	45,29	122,81
	Tarde	65,90	268,87	14,90	60,79	208,08
Quinto dia	Manhã	62,90	256,63	20,40	83,23	173,40
	Tarde	63,11	257,49	15,03	61,32	196,17
Total		587,72	2397,90	142,16	580,01	1817,90

Fonte: elaborado pelas autoras.

Durante o processo de avaliação dos sacos coletores dos resíduos infectantes, foi observada grande quantidade de materiais, então, não infectantes, entre eles papel-toalha, copos descartáveis, restos de alimentos, embalagens plásticas, caixas de papel, coletores de urina cheios, indevidamente descartados como resíduos infectantes, além de quantidade expressiva de agulhas. Conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 - Segregação inadequada



Fonte: elaborado pelas autoras.

Com a segregação feita de forma adequada, os custos com sua destinação final apresentam uma redução significativa, num montante aproximado no valor de quase dois mil reais (R\$ 1.817,90), em cinco dias de coleta, somente no período diurno.

Este descarte inadequado contraria o que dispõe a RDC nº 306/2004, que normatiza o acondicionamento correto dos resíduos de fácil putrefação, entre os quais estão os restos de alimentos, e que, segundo a norma, quando coletados por período superior a 24 horas, sua armazenagem deve ser feita sob refrigeração, com vistas a evitar sua imediata decomposição, o que poderia atrair insetos e animais roedores, além de gatos e cachorros, disseminadores de diversas patologias.

Ainda com base nesta resolução, os resíduos perfurocortantes devem ser descartados em recipiente rígido, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificado, atendendo as normativas vigentes; da forma como foram encontradas em sacos plásticos, podem causar acidentes graves aos funcionários do serviço de higienização e limpeza.

Garcia e Zanetti-Ramos (2004) apresentam diversos estudos realizados no Brasil, onde identificam que os acidentes ocupacionais, especialmente as injúrias percutâneas, provocadas principalmente pelos reencaipes das agulhas e sua disposição inadequada, perfazem cerca de 90% dos casos de acidentes envolvendo material biológico, citando o hospital São Paulo, em um período de seis anos. No município do Rio de Janeiro, uma parte considerável dos acidentes com materiais perfurocortantes, reportados pelos mesmos autores, teriam ocorrido durante o manuseio dos resíduos e sua disposição em locais impróprios. Em outro estudo realizado na Tailândia, onde fora incluído o pessoal de apoio, entre eles, especialmente, os trabalhadores da lavanderia, limpeza, recepção e almoxarifado, os autores constataram que 61% desses funcionários tinham sofrido injúria perfurocortantes, considerando-se o último ano. A maioria dos acidentes ocorreu com funcionários da limpeza, os quais manipulavam materiais perfurocortantes dispostos inadequadamente pela equipe clínica.

Os outros resíduos identificados poderiam ser descartados em lixeiras destinadas aos resíduos comuns (grupo D) e encaminhados ao aterro sanitário local, conforme Figura 4.

Figura 4 - Segregação inadequada de resíduos do grupo D



Fonte: elaborado pelas autoras.

A Tabela 3 demonstra o valor estimado dos resíduos produzidos por cem leitos, para um mês em determinado ano, no período diurno, onde se destaca que poderia haver economia de mais de cem mil reais (R\$ 119.920,02) a cada ano, apenas com o transporte e sua destinação final, confirmando assim a necessidade premente de viabilização de cursos, com vistas à capacitação das equipes multiprofissionais acerca da importância da segregação adequada dos resíduos hospitalares. A grande produção de materiais descartáveis para o atendimento das necessidades dos serviços de saúde é um dos vilões para o crescimento contínuo e progressivo dos resíduos sólidos das instituições de saúde. Paralela a esta produção temos a crise no setor de saúde no país.

No estado do Tocantins, não diferente do restante do país, o setor de saúde vivencia verdadeiro cenário de crise, onde são constatados inúmeros atrasos no pagamento de fornecedores e o acúmulo de dívidas, greves e paralizações de serviços essenciais, entre eles, anestesistas, laboratórios, setores de nutrição e limpeza, assim como, os serviços de coleta, transporte e tratamento final dos resíduos infectantes, acarretando consequências negativas ao atendimento oferecido pelo serviço de saúde estatal.

Manchetes como “Lixo hospitalar está há cinco dias sem ser recolhido no Hospital Geral de Palmas” – G1 Tocantins (23 de julho de 2014) – destacam o armazenamento inadequado e os mais variados transtornos advindos por essa razão. A empresa responsável, em defesa, alega o não recebimento das verbas contratuais, por parte do Estado, onde este não teria honrado com os devidos pagamentos, inviabilizando, assim, a manutenção adequada dos serviços a serem prestados. (MARTINS, 2014)

Desta forma, se houvesse a segregação adequada dos resíduos hospitalares, conseqüentemente, haveria redução significativa dos custos decorrentes do direcionamento e tratamento final destes materiais, promovendo-se com isso a gestão eficiente dos recursos financeiros destinados para esta finalidade.

Tabela 3 - Distribuição dos valores estimados gastos com tratamento e destinação final dos resíduos sólidos infectantes do Hospital Geral, Palmas TO, março de 2016

	Volume Original (Vo) - Kg	Valor pago (Vp) R\$	Volume Segregado (Vs) - Kg	Valor pago (Vs) R\$	Volume Excedente (Ve) - Kg	Varição de custo (Vo-Vs)
05 dias	587,72	2.397,90	142,16	580,01	445,66	1.817,89
30 dias	3.526,32	14.387,40	852,96	3.480,06	2.673,36	10.907,34
365 dias	42.903,56	175.046,70	10.377,68	42.340,73	32.525,88	132.705,97

Fonte: elaborado pelas autoras.

Considerando o volume original, a estimativa para cem leitos durante um ano é de 42.903,56. Podemos concluir que a geração de resíduo por leito é de 429,03 Kg (R\$ 1.750,47). Com a segregação adequada (V_s), valor seria reduzido para 103,77 Kg (R\$ 423,41).

Atualmente, o valor gasto com refeições por paciente gira em torno de R\$ 70,00/dia. Então, o valor economizado com uma segregação adequada (R\$ 132.705,97/ano) seria suficiente para alimentar 1895 pacientes – ressaltamos que estes valores correspondem somente a 100 leitos no período diurno. Ao considerarmos o número de leitos cadastrados da instituição (353 leitos), este valor atinge o quantitativo de R\$ 398.117,91 reais, sendo o suficiente para suprir as refeições de 5.687 pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em discussão comprova que o PGRSS deve se adequar às necessidades de cada unidade de saúde, considerando-se o tipo de atividade desenvolvida e as características dos resíduos gerados, devendo ser observado o cumprimento de todas as etapas definidas na normatização preconizada pelas autoridades competentes.

E a necessidade premente mais importante do processo de implantação do plano supracitado está na adequada capacitação dos funcionários envolvidos no processo de manipulação dos resíduos e das equipes multiprofissionais que atuam na assistência à saúde, assim como a orientação e conscientização de todos os envolvidos no processo de prestação de serviços hospitalares, inclusive, os próprios usuários.

A primeira evidência observada foi o descumprimento do protocolo institucional quanto à segregação adequada dos resíduos sólidos hospitalares, respeitando-se suas características infectantes (grupo A) e comuns (grupo D). Outra evidência constatada está relacionada às falhas no sistema de coleta dos resíduos, onde ficou evidenciado que resíduos comuns, não infectantes, acondicionados em sacos pretos, são posteriormente depositados pelos funcionários do serviço de higienização e limpeza, no momento de seu recolhimento, de forma inadequada em sacos brancos, onde deveriam constar apenas resíduos infectantes.

Desta forma, se faz necessária a criação de um grupo de trabalho, com o objetivo de implementar adequadamente o PGRSS, através da aplicação de ações educativas e capacitação dos funcionários da assistência direta aos pacientes, assim como todos os funcionários do serviço de higienização e limpeza, supervisão e monitoramento contínuos do cumprimento de todas as etapas do PGRSS.

Esta dificuldade não será resolvida simplesmente com capacitações pontuais, exigindo-se profissionalismo e comprometimento de todos os trabalhadores envolvidos, fomentando-se programas eficazes de reciclagem e capacitação, com ciclos periódicos e sistemáticos.

O diagnóstico, realizado no período e local da coleta, não representa a realidade da segregação dos resíduos sólidos da instituição como um todo, todavia, direciona e comprova a existência de problemas a serem resolvidos de forma urgente, observando-se que a análise dos resíduos

avaliados corresponde menos de um terço do total de leitos da unidade hospitalar avaliada, o que demonstra ser o problema proporcionalmente maior, destacando-se que a variação dos custos estimada para um ano ultrapassam cem mil reais (R\$ 132.705,97).

Logo, o maior problema está na segregação inadequada e que esta, por sua vez, depende diretamente da atitude e postura do profissional que presta assistência direta ao paciente. Desta forma, se faz necessário um trabalho intenso de conscientização não só relacionado ao custo que esse resíduo gera, mas, também, os riscos de acidentes que podem ser provocados pela segregação inadequada, principalmente com perfurocortantes.

Com relação à estrutura física, a instituição atende as legislações vigentes, em especial, os abrigos temporários e os externos, porém, os restos de alimentos provenientes das enfermarias, que deveriam ser acondicionados em câmara fria, estão sendo desprezados juntamente com os resíduos infectantes (saco branco) ou no lixo comum, destinados ao abrigo temporário e posteriormente ao externo, o que favorece a proliferação de vetores.

Esta pesquisa é o primeiro passo dado para análise detalhada e diagnóstico preciso do comprometimento ambiental e humano acerca da destinação correta de todos os tipos de resíduos sólidos gerados nas instituições de saúde, com a pretensão de levantar discussões que visem a melhoria dos sistemas, comprometimento e atuação profissional no tratamento e destinação adequados, buscando-se, com isso, a qualidade de vida necessária para o bem estar comum.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 33, de 25 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 44, 5 mar. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Meio Ambiente. Resolução nº 283, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 188, p. 152, 1 out. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Meio Ambiente. Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 84, p. 63-65, 4 maio 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Meio Ambiente. Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos sólidos gerados nos portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários e estabelecimentos prestadores de serviços de saúde. (Revogadas as disposições que tratam de resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde pela Resolução nº 358/05). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 166, p. 12996-12998, 31 ago. 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Meio Ambiente. Resolução nº 6, de 19 de setembro de 1991. Dispõe sobre o tratamento de resíduos sólidos provenientes de estabelecimentos de saúde, portos e aeroportos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 24063, 30 out. 1991.

BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 ago. 2010. Disponível em: <http://www.justicaeleitoral.jus.br/arquivos/lei-12-305-2010-pnrs/view>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Resolução nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CUSSIOL, N. A. M. *Manual de gerenciamento de resíduo de serviço de saúde*. Belo Horizonte: Feam, 2008.

GARCIA, L. P.; ZANETTI-RAMOS, B. G. Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde: uma questão de biossegurança. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 744-752, 2004.

MARTINS, M. Lixo hospitalar está há 5 dias sem ser recolhido no hospital geral de Palmas. *G1*, Palmas, 24 jul. 2014. Disponível em: <http://www.google.com.br/search.hl=pt&source=hp&biw=&bih=&q=problemas+com+lixo+hospitalar+no+HGP&gbv>. Acesso em: 6 jun. 2016.

NASCIMENTO, L. F. M. *Análise do gerenciamento de resíduos de serviço de saúde nos hospitais de Porto Alegre*. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio

TOCANTINS. *Diário Oficial do Estado*. Palmas, v. 27, n. 4328, p. 61, 3 mar. 2015.

Capítulo 15

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO KANBAN EM HOSPITAIS DO PROGRAMA SOS EMERGÊNCIAS

Débora Petry

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios enfrentados pelo SUS refere-se ao modelo de atenção à saúde que, estando voltado para o atendimento à demanda espontânea e às condições agudas, é inadequado para atender ao atual perfil epidemiológico.

Para mudar o modelo de atenção à saúde, no sentido de adequá-lo ao atual quadro de predomínio de condições crônicas, tem sido proposta a organização de redes integradas de serviços de saúde, as chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Dentre as RAS priorizadas pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) é instituída, objetivando ampliar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2011) O componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências é organizado pela portaria nº 2.395/2011, que preconiza a ampliação e a qualificação das portas de

entrada hospitalares de urgência. Sem dúvida, um dos problemas centrais a ser enfrentado pela Rede de Atenção às Urgências é a superlotação dos serviços. O aumento da demanda por serviços de urgência e emergência é um fenômeno preocupante, que tem impactado de forma contundente a gestão da clínica e a qualidade da assistência prestada nas emergências. (MEDEIROS; SANTOS, 2010; BITTENCOURT; HORTALE, 2009)

Este cenário também ameaça os direitos de acesso e assistência integral e humanizada dos usuários do SUS, além dos direitos dos trabalhadores em saúde que executam suas funções pressionados pela superlotação e sobrecarregados laboral e emocionalmente. (HEISLER, 2012) Tudo isto tem levado ao mau uso dos recursos hospitalares disponíveis, os quais já são restritos, tanto os físicos e tecnológicos quanto os humanos, aumentando também o tempo de permanência do paciente no hospital.

O prolongamento da permanência do paciente, além de comprometer a gestão financeira do hospital, é extremamente danoso para o paciente, que tem aumentados os riscos à sua saúde, incluindo a submissão a um estresse adicional. A única forma de reverter esta situação é controlando muito de perto cada processo, corrigindo imediatamente cada falha percebida e monitorando rigidamente o Tempo Médio de Permanência do paciente no hospital, de modo a agilizar ao máximo seu atendimento.

Em 2012, a Rede de Atenção às Urgências torna-se Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e o Ministério da Saúde, com vistas a enfrentar toda esta situação, institui, pela portaria nº 1.663/2012, o programa SOS Emergências, uma ação estratégica para a implementação do componente hospitalar da RUE, de modo a qualificar os hospitais em gestão e atendimento de usuários nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do SUS. Conforme Cecílio e demais autores (2014), uma das principais ferramentas do SOS Emergências é o Kanban, recomendado para gestão e controle da ocupação da unidade de emergência e para monitorização do Tempo Médio de Permanência (TMP) do paciente.

Baseados nesta recomendação, os hospitais com as maiores unidades de emergência do país, que são portas abertas¹ do SUS e referências

1 Portas abertas são hospitais que mantêm prontos-socorros e ambulatórios 24h, onde a população é atendida por encaminhamentos e livre demanda.

hospitalares da RUE em seus estados e regiões, estão, em tese, utilizando o método Kanban, por orientação do Programa SOS Emergência/RUE/MS.

Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar a implantação do Kanban em hospitais do programa SOS Emergências. Seus objetivos específicos são:

- Estimar o grau de implantação do Kanban em hospitais do programa SOS Emergências;
- Descrever os efeitos do Kanban, de acordo com o grau estimado de implantação nestes hospitais;
- Identificar fatores contextuais favoráveis e desfavoráveis à implantação do Kanban nestes hospitais.

DOIS CONCEITOS IMPORTANTES

Cabe definir dois conceitos básicos e amplamente utilizados durante toda a pesquisa: Tempo Médio de Permanência e Kanban.

O Tempo Médio de Permanência (TMP) é o indicador mais utilizado para avaliar o desempenho hospitalar. Neste trabalho, adota-se a seguinte definição de TMP: “[...] tempo que, em média, um paciente permanece internado no hospital, relacionado às boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional”. (BRASIL, 2013, p. 1)

Quanto ao termo Kanban, palavra japonesa, na tradução literal significa “registro visível”. Na sua origem, trata-se de uma ferramenta utilizada na indústria para controle da produção. Slack, Chambers e Johnston (1997) referem que o Kanban cumpre funções de organização dos processos produtivos, dando principalmente visibilidade à informação.

Criado no período pós-segunda guerra mundial, por Taiichi Ohno, na indústria automobilística, o Kanban era parte integrante do sistema Toyota de produção. Neste sistema, o Kanban é uma etiqueta ou placa visível, que mostra informações importantes sobre um produto, auxiliando na orga-

nização e no controle da produção ou, como refere Ohno, é um meio de transmissão de informação. (OHNO, 1997)

Na mesma linha, Moura afirma que o Kanban “[...] é um sistema visual para controle de produção [...]”, além de um meio de controle de informações que “permite a administração visual do trabalho”. (MOURA, 1999, p. 19) Enfim, o Kanban comunica informações de forma rápida, utilizando-se de símbolos visuais, sem que sejam necessárias explicações.

Talvez a maior semelhança encontrada entre o Kanban original, criado por Ohno, e o Kanban atualmente utilizado em hospitais para a gestão do TMP seja o propósito da eliminação do desperdício como princípio de viabilidade econômica da empresa. De fato, o objetivo principal do uso do Kanban no meio hospitalar é a otimização dos recursos hospitalares, evitando perda de tempo e desperdícios em geral, assim, contribuindo para a viabilidade financeira do hospital.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação baseada em casos múltiplos (BROUSSELLE et al., 2011; CHAMPAGNE et al., 2011), com abordagem quanti-qualitativa. No total, 31 hospitais, distribuídos nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, fazem parte do programa SOS Emergências.

Para esta pesquisa, foram selecionados apenas os hospitais que aderiram ao programa em sua primeira fase de implantação (ocorrida entre 2011 e 2012), totalizando 12 hospitais, por serem os que estão utilizando há mais tempo o Kanban. A análise de implantação “[...] tem por objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção de efeitos” (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 59) e adequa-se bem ao pretendido com esta análise.

A análise de casos múltiplos permitiu avaliar comparativamente os hospitais participantes da pesquisa quanto à implantação do Kanban, estimando individualmente o grau de implantação desta ferramenta de gestão, descrevendo os efeitos e identificando os fatores contextuais favoráveis e desfavoráveis à implantação do Kanban.

Para fazer a análise de implantação do Kanban, foi elaborado um modelo lógico no formato proposto por Florence Morestin (BROUSSELLE et al., 2011), o qual articula três tipos de modelo lógico: o causal, o operacional e o teórico, demonstrando as interações entre eles.

O modelo lógico causal explicita o conjunto de causas hipotéticas do problema que ocasionou a necessidade de implantação do Kanban. O modelo lógico operacional representa a maneira como o programa deveria permitir alcançar os objetivos de intervenção. E o modelo teórico se refere à teoria da intervenção, ou seja, ao encadeamento dos fatos – articulados em objetivos intermediários e finais – que levará à situação desejada. O modelo lógico articulado – operacional, teórico e causal – foi elaborado como se fosse um passo a passo do Kanban.

A partir desse modelo lógico, foram definidos os critérios e os padrões mínimos esperados, relativos a cada atributo. Foi, então, elaborada uma matriz de atributos, critérios, padrões esperados e fontes de informação. Para apreciação do grau de implantação, especificamente, foi elaborada uma segunda matriz, com classificação do grau de implantação por critério de peso pré-definido, observando em cada atributo avaliado se este está “plenamente implantado”, “parcialmente implantado”, “insatisfatoriamente implantado” ou “não implantado”, de acordo com a pontuação calculada.

Após as respostas aos questionários, os dados numéricos (respostas quantitativas) foram lançados na matriz de atributos para análise do grau de implantação, conforme pontuação obtida com base nos padrões e critérios definidos.

Os dados foram também lançados em uma tabela geral de todos os hospitais, onde foram calculadas as frequências absoluta e relativa e elaborados gráficos e quadros correspondentes. As respostas às perguntas abertas, por sua vez, foram classificadas em categorias quanto aos atributos avaliados, ou seja, em unidades de significado. As imagens (registros fotográficos) foram também classificadas por atributo avaliado. Os atributos observados durante visita *in loco* foram registrados em diário de campo, por hospital visitado.

Figura 1 - Modelo lógico do Kanban

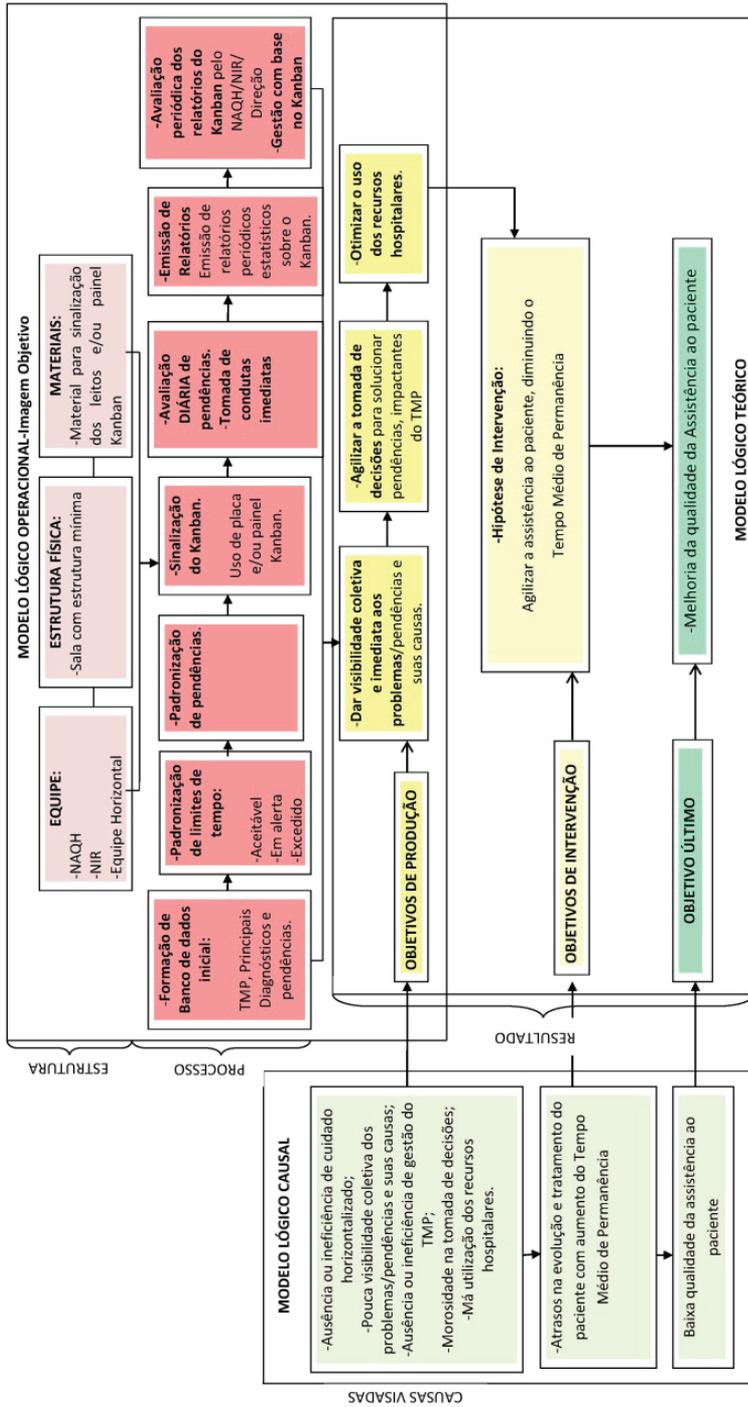


Figura 1. Fonte:Elaboração Própria (2015). Adaptado do modelo de Florence Morestin (BROUSSELLE et al., 2011)

Fonte: elaborado pelos autores.

A partir destes resultados e dos relatórios sobre a evolução do TMP avaliados, foram descritos os efeitos do Kanban, de acordo com o grau estimado de implantação nestes hospitais. Por fim, foram buscados nos questionários e nos diários de campo os fatores contextuais favoráveis e desfavoráveis à implantação do Kanban implícitos ou explicitados, bem como os resultados obtidos com o Kanban, dentre eles a diminuição do TMP, bem como as causas possíveis destes resultados.

O Kanban e o programa sos emergências

Do total de 12 hospitais da primeira etapa do programa SOS Emergências (N=12), por motivos de logística, foi possível avaliar sete hospitais (n=7), correspondentes a 58%. Em cinco hospitais, foram realizadas visitas *in loco*, com realização de entrevistas (gravadas) e dois responderam ao questionário *on line*.

Para que não haja associação dos locais com os resultados encontrados, no intuito de não haver exposição de fragilidades associadas a instituições específicas, os hospitais não foram identificados, sendo tratados sempre por códigos compostos pela letra H seguida por A a G (correspondendo a sete hospitais). Este mesmo código, seguido pela letra E (=entrevista), mais a numeração correspondente, foi adotado na identificação de trechos das entrevistas assinaladas em diferentes tópicos desta seção .

Grau de implantação

Nenhum dos hospitais avaliados obteve a pontuação máxima de 51 pontos.

Conforme pontuação, calculada na matriz de atributos, dos sete hospitais avaliados, os resultados finais encontrados foram os seguintes:

- Em um hospital, o Kanban foi considerado plenamente implantado, tendo atingido pontuação total de 50 pontos;
- Em quatro hospitais, o Kanban foi considerado parcialmente implantado, tendo alcançado pontuação entre 32 a 44 pontos;
- Em um hospital, o Kanban foi considerado insatisfatoriamente implantado, tendo totalizado 19 pontos; e

- Em um hospital, o Kanban foi considerado não implantado, tendo atingido apenas 14 pontos.
- Os resultados encontrados indicam que a maioria dos hospitais pesquisados tem o Kanban parcialmente implantado (4 = 57,16%).

Os atributos de estrutura foram, em regra, bem avaliados nos sete hospitais, tendo sido identificado apenas dois casos, dos hospitais D e E, em que não havia equipe horizontal (Gráfico 1).

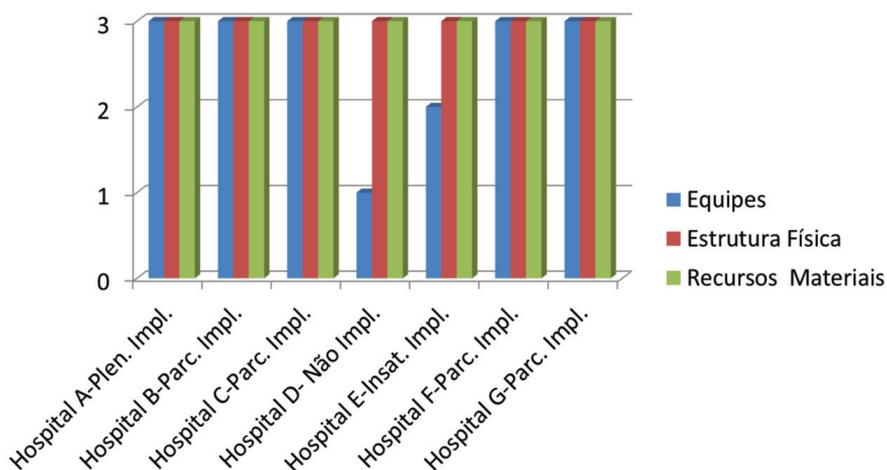
Os atributos de estrutura do Kanban, conforme definido no modelo lógico operacional, são: (a) equipe, dividida em: Núcleo Interno de Regulação (NIR), Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) e Equipe Horizontal; (b) estrutura física: sala com telefone, mesa, cadeiras e computador e materiais para a sinalização dos leitos e/ou painel Kanban, conforme definido por cada hospital, de acordo com a sua realidade.

O hospital D não dispunha de equipe horizontal e havia recentemente desfeito o NAQH, por desinteresse de sua direção na manutenção tanto da equipe quanto do Kanban.

No caso do hospital E, a falta de equipe decorreu, de acordo com o motivo alegado e verificado *in loco*, da absoluta escassez de pessoal, devido a demissões e encerramento de contratos, prejudicando inclusive a assistência direta ao paciente.

Nos dois casos, verificou-se que a falta da equipe horizontal foi um fator determinante do não alcance dos resultados desejados. De fato, sem esta equipe, a implantação do Kanban fica prejudicada.

Gráfico 1 - Avaliação dos atributos de estrutura por hospital



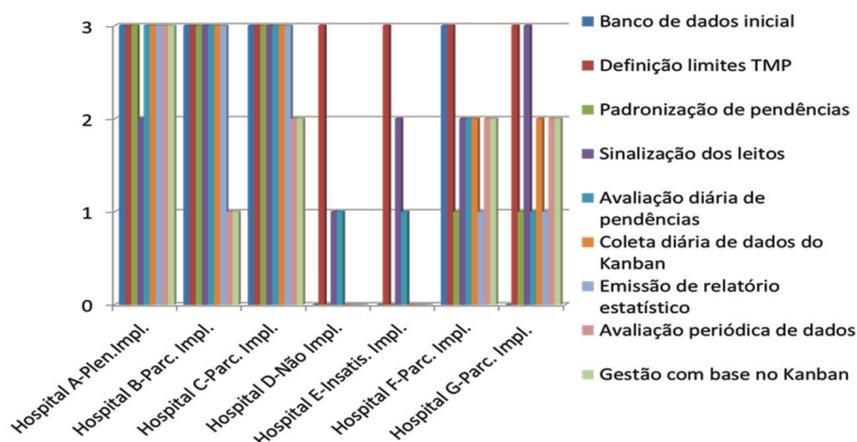
Fonte: elaborado pelos autores.

Na dimensão do processo, avaliou-se se as etapas necessárias para a implantação e execução do Kanban, de acordo com as orientações do programa SOS, foram efetivamente seguidas ou não. As etapas do processo do Kanban, conforme definidas no modelo lógico operacional são: (a) formação de banco de dados inicial; (b) padronização de limites de tempo: aceitável, em alerta ou excedido; (c) padronização de pendências; (d) sinalização do Kanban/uso da placa visível; (e) avaliação diária de pendências e tomada de condutas imediatas; (f) emissão de relatórios periódicos, estatísticos, sobre dados do Kanban; (g) avaliação periódica dos relatórios do Kanban pelo NAQH/NIR/Direção e; (h) gestão com base no Kanban.

Mais do que nos itens relativos à estrutura, foi nos itens relativos ao processo do Kanban onde ocorreram os maiores entraves à sua implantação. O único item de processo cumprido por todos os hospitais foi a padronização dos tempos de permanência no Pronto Socorro. Vale lembrar que não basta cumprir uma etapa individualmente, sem que o processo tenha continuidade. Não adianta, por exemplo, padronizar os prazos do TMP, sem que sejam do conhecimento de todos.

O hospital que obteve o grau máximo de implantação (plenamente implantado) foi o que desenvolveu as diversas etapas do processo, cumprindo-as todas quase integralmente. (Gráfico 2)

Gráfico 2 - Avaliação dos atributos de processo por hospital



Fonte: elaborado pelos autores.

Efeitos do Kanban, de acordo com o grau de implantação estimado

Os efeitos da implantação do Kanban foram avaliados a partir da percepção das equipes entrevistadas e da observação da pesquisadora durante as visitas *in loco*, além da análise documental. De todos os efeitos, apenas um deles, o TMP, pode ser avaliado de forma quantitativa. Os efeitos esperados estão expressos nos três objetivos de produção, no objetivo de intervenção e no objetivo último da implantação do Kanban.

Conforme definido no modelo lógico, os objetivos de produção do Kanban são os seguintes: (a) dar visibilidade coletiva e imediata aos problemas/pendências e suas causas; (b) agilizar a tomada de decisões para solucionar problemas impactantes do TMP; e (c) otimizar o uso dos recursos hospitalares. O objetivo de produção do Kanban, conforme expresso no modelo lógico teórico é agilizar a assistência ao paciente, diminuindo o TMP. O objetivo último, definido no também no modelo lógico teórico, é melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

Os achados mostram que há uma relação direta entre o grau de implantação e o alcance dos efeitos esperados: apenas no hospital em que o Kanban foi plenamente implantado, os objetivos foram plenamente alcançados. O hospital que obteve o grau máximo de implantação e o segundo

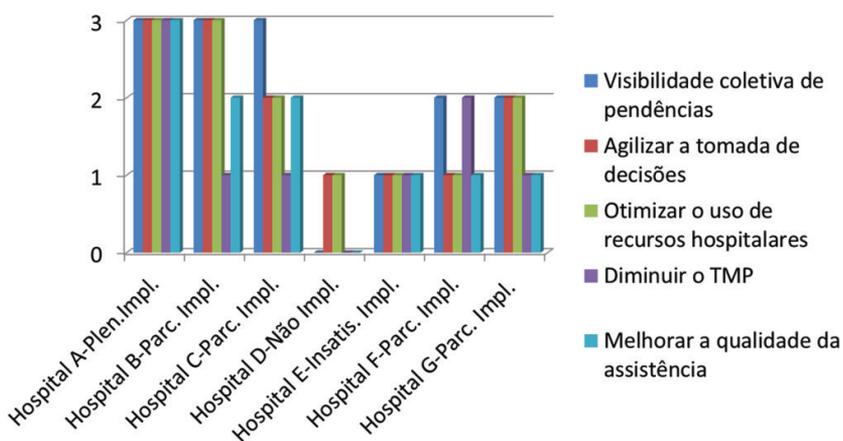
melhor avaliados são também os que têm as equipes mais motivadas, as quais reconhecem ter atingido os objetivos. As equipes percebem as mudanças ocorridas após a instalação do Kanban no hospital, relatando inclusive que “[...] hoje a gente não consegue atuar no Pronto Socorro sem o Kanban [...]”. (HBE2)

Foi solicitado aos hospitais que apresentassem relatórios ou outros documentos com a série histórica do TMP, que demonstrassem os efeitos da implantação do Kanban sobre o TMP. A diminuição do TMP pode ser comprovada por meio de relatórios apenas pelo hospital A, que teve o Kanban plenamente implantado. Este hospital faz o acompanhamento do indicador via sistema informatizado e tem planilhas e gráficos de acompanhamento, demonstrando a redução.

No hospital A, o TMP dos leitos de retaguarda que era de 8,3 dias passou para 5,8 dias após a implantação do Kanban. No setor de internação, onde o Kanban também foi implantado, o TMP passou de 14,4 dias para 11,7 dias.

Outro dado interessante do hospital A é que esta redução do TMP permitiu que ocorressem 97 internações a mais no período de um mês, em determinado setor, com o mesmo número de leitos, ou seja, houve um aumento na taxa de giro do leito, permitindo assim que mais pacientes fossem assistidos com os mesmos recursos.

Gráfico 3 - Avaliação dos atributos de resultado por hospital



Fonte: elaborado pelos autores.

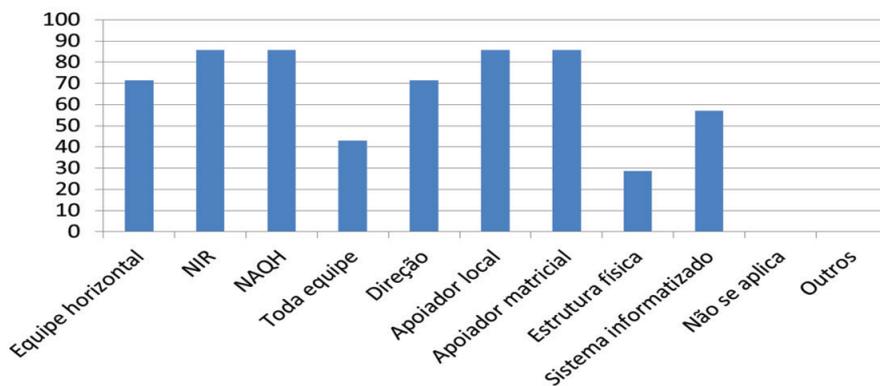
Fatores contextuais favoráveis e desfavoráveis à implantação do Kanban

Em resposta à pergunta de múltiplas respostas, os entrevistados citaram, em 85,7% das vezes, as atuações das equipes, do NIR, do NAQH e dos apoiadores ministeriais do SOS como os fatores favoráveis mais importantes. Foram citados ainda, em 71,4% das respostas, o apoio e a participação da direção hospitalar e a equipe horizontal. O sistema informatizado foi citado em 57,1% das respostas.

A forte atuação das equipes multiprofissionais é um fator muito importante e bastante citado por todos os hospitais melhor avaliados, assim como a presença e atuação dos apoiadores do SOS.

A presença desses apoiadores (local e/ou matricial) em alguns locais também foi percebida na observação *in loco* como extremamente favorável e até decisiva, tendo sido também citada pelos entrevistados.

Gráfico 4 - Fatores contextuais favoráveis à implantação do Kanban



Fonte: elaborado pelos autores.

A atuação participativa da direção hospitalar na gestão do Kanban foi citada por 71,4% dos entrevistados e, talvez, seja um dos fatores mais determinantes, visto que é da direção que partem os recursos de estrutura, o acompanhamento do andamento do processo e as cobranças de resultados.

O único hospital onde foi percebida forte atuação da direção hospitalar no Kanban foi justamente aquele em que o Kanban foi plenamente implantado. Esta atuação da direção na gestão do Kanban foi fundamental, dando importância e liderando todo o trabalho realizado pelas equipes.

Nos demais hospitais, havia equipes multiprofissionais motivadas e ativas, mas em nenhum outro lugar foi percebido este nível de envolvimento da direção hospitalar. Em alguns locais, inclusive, a falta de participação da direção no Kanban foi uma das principais queixas das equipes. A falta de adesão tanto da direção, quanto da parte de médicos em alguns hospitais foi uma das dificuldades relatadas. No hospital A, a direção médica atuante permitiu que fossem quebradas as resistências e houvesse uma importante adesão do corpo médico.

De todos os fatores contextuais favoráveis observados, a participação da direção, a participação de uma liderança médica, de preferência do diretor médico, e a determinação e a proatividade das equipes em implantar e fazer funcionar o Kanban foram, sem dúvida, os fatores mais relevantes e determinantes de bons resultados. Com a presença destes fatores, é possível atingir todos os demais atributos.

Os principais fatores desfavoráveis percebidos na visita *in loco* e citados pelos entrevistados foram: direção hospitalar alheia ou pouco interessada no Kanban e nos seus processos; déficit de pessoal, resultando em falta de equipes para atuarem diretamente na gestão e condução do Kanban; equipes assistenciais flutuantes devido à circulação de alunos, residentes e internos em escalas ou devido a demissões e novas contratações, causando descontinuidades no processo.

Além destes, também foram percebidos durante as visitas, porém, não citados pelos entrevistados, os seguintes fatores desfavoráveis: sistemas de controle manuais que dificultam e atrasam o processo de coleta de informações; falta de autonomia das equipes na tomada de decisões, limitando sua atuação; falta de fluxos e funções definidos; falta de compreensão da ferramenta Kanban, do seu processo de implantação e de sua rotina diária; falta de capacitação das equipes para a implementação e o uso do Kanban; ausência de apoiadores do SOS. Além destes fatores, foi ainda percebida e citada a resistência de pessoas, equipes e/ou categorias em aderir ao Kanban, conforme citaram nas entrevistas:

A cultura do Kanban aqui no hospital ainda sofre uma resistência muito grande, dificultando assim o serviço do NIR para futuras melhorias. (entrevista concedida para a pesquisa e gravada pelos autores, HCE1, 2016).

Agora tu percebes a mudança da visão da ferramenta, porque assim, no primeiro momento teve resistência (dos médicos em alimentar as pendências no sistema) [...] e aí agora eles já cogitam a possibilidade de alimentar (o sistema do Kanban) em qualquer tempo. Então algum resultado eles já devem tá vendo na ferramenta. (HAE1)

Esta resistência pode ser uma simples resistência ao novo e ao desconhecido, bastante comum nas organizações, mas pode ser também o que Cecílio e demais autores (2014, p. 207) apontam: “Sua gestão se torna um desafio para a equipe, pelo seu alto grau de impacto sobre a micropolítica do hospital”. Eles acrescentam que o Kanban revela problemas, falhas na produção do cuidado que, de outra forma, não seriam visíveis para os gestores hospitalares, levando à necessidade de implantar mudanças que podem não coincidir com os interesses dos trabalhadores e podem ir de encontro ao seu forte autogoverno. (CECÍLIO et al., 2014)

Este fator desfavorável, associado também ao simples desinteresse e desestímulo, pode ser o principal obstáculo à implantação do Kanban, porém, ele não está explícito, é subliminar, escondido atrás de outras desculpas convenientes ou “politicamente corretas”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Kanban, ferramenta de gestão de leitos e controle do TMP, que tem a sua implantação induzida pelo Ministério da Saúde nos hospitais que aderiram ao programa SOS Emergências, está plenamente implantado em apenas um dos sete hospitais avaliados, estando parcialmente implantado em quatro deles, insatisfatoriamente em um e não implantado em um hospital.

As etapas referentes à estrutura foram plenamente atendidas por quase todos os hospitais, não tendo sido este, portanto, um fator determinante de bons resultados.

Nas etapas do processo há grande diferenciação entre os hospitais. Quanto mais etapas do processo foram cumpridas, melhor foi a avaliação final do hospital referente ao grau de implantação.

Os principais efeitos percebidos estão diretamente relacionados aos objetivos de implantação do Kanban, expressos em seu modelo teórico. Estes efeitos foram percebidos nos hospitais onde o Kanban está parcialmente implantado, e totalmente percebidos no hospital onde o Kanban está plenamente implantado.

O hospital que implantou o Kanban plenamente está conseguindo revelar diversos problemas pontuais ou crônicos de sua assistência e, com isso, tem buscado a reorganização de vários de seus processos internos e até mesmo externos de trabalho na RAS. Com isso, conseguiu a diminuição do TMP e uma melhor assistência ao usuário, conforme percepção da equipe.

Um efeito não previsto, citado por alguns entrevistados, foi o estímulo ao desenvolvimento da gestão da clínica. O Kanban foi citado como sendo uma ferramenta que pode auxiliar a alcançar a gestão da clínica.

Diversos fatores contextuais foram percebidos como favoráveis à implantação do Kanban, sendo os principais: a participação da direção, a participação de uma liderança médica (de preferência o diretor médico) e a determinação e proatividade das equipes.

Além destes, dois dos fatores favoráveis à implantação do Kanban, não citados, são o seu baixo custo e a sua fácil execução. De fato, não é necessário um alto investimento, nem em recursos materiais nem em treinamento de pessoal: alguns hospitais conseguiram implantá-lo apenas utilizando papel comum e reorganizando seus processos de trabalho entre as equipes já existentes.

Dentre os fatores contextuais desfavoráveis à implantação, destacam-se o desinteresse da direção hospitalar e a falta de compreensão da ferramenta Kanban, do seu processo de implantação e de sua rotina diária.

A resistência (ou o desinteresse) das equipes quanto ao uso do Kanban foi um fator desfavorável, mesmo que, às vezes, de modo subliminar. Provavelmente, essa resistência decorre do fato de que o Kanban evidencia problemas e afeta diretamente a micropolítica nas organizações de saúde, podendo vir de encontro ao elevado grau de autonomia dos trabalhadores da saúde.

Por se tratar de ferramenta muito maleável, o Kanban pode ser encontrado em diversas formas de apresentação. O fundamental é que cumpra, efetivamente, sua função de instrumento de gestão de leitos e controle do tempo de permanência dos pacientes no hospital. O fato de ser maleável permite que se adapte às condições de cada hospital, da maneira mais prática e viável em cada local.

A empolgação de alguns gestores com a ferramenta, perceptível nas entrevistas, é contagiante, e faz notar que, quando existe um mínimo de estrutura e são cumpridas as etapas do processo, é possível atingir os objetivos almejados com o Kanban.

Ficou evidente que, quanto mais as equipes se apropriam do Kanban, quanto mais o utilizam, mais o adaptam à sua realidade clínica, para atender às suas necessidades, moldando-o e construindo-o diariamente, mais esta ferramenta auxilia na gestão dos leitos, da clínica e do hospital como um todo.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistêmica. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Média de Permanência Geral. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*, Brasília, DF, v. 1, p. 1-5, 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Dispõe sobre o programa SOS emergências no âmbito da (RUE). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 7 ago. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 79-82, 13 out. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 23 jun. 2015.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CECÍLIO, L. C. O.; PIRES, A. A. C.; HAMZE, F. L. *et al.* Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema

Único de Saúde. *Revista Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 202-2016, 2014.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. Análise da implantação. *In*: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MEDEIROS, R. M.; SANTOS, M. N. *Construindo indicadores de qualidade assistencial em um serviço de urgência e emergência*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Programa de Graduação Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, 2010.

MOURA, R. A. *Kanban: a simplicidade do controle da produção*. 4. ed. São Paulo: IMAN, 1999.

OHNO, T. *O sistema Toyota de produção: além da produção em larga escala*. Porto Alegre: Bookman, 1997.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. *Administração da produção*. São Paulo: Atlas, 1997.

Capítulo 16

O PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS COM BAIXO IDH NO TOCANTINS: ENTRE O PRECONIZADO E OS DESAFIOS NO COTIDIANO

Claudia Virginio de Souza Caldeira¹

Catharina Leite Matos Soares²

INTRODUÇÃO

A expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) ocorre no Brasil a partir de 1996, quando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a ser uma proposição para a reorientação do sistema de saúde no país. (AQUINO et al., 2014) A partir de então, diversos trabalhos passam ter a ESF como objeto de pesquisa. (MENDES, 2005; MENICUCCI, 2009; MATTA; MOROSINE, 2009; PAIM et al., 2011; SOUSA, 2014; AQUINO et al., 2014; BARROS et al., 2018; BORGES; SANTOS; FISHER, 2019) Dentre as temáticas estudadas, atenção especial tem sido dada aos processos de trabalho das ESF, com diferentes enfoques teórico-metodológicos. (VECCHIA, 2012; SILVA;

1 Enfermeira – Mestre em saúde coletiva

2 Professora Adjunta C. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

TRAD, 2005; PEDUZZI; ANSELMi, 2002; MOURA; SOUZA, 2019; COSTA, 2019; DOLNY et al., 2020)

Para Silva e Trad (2005), uma abordagem integral e resolutiva na ESF pressupõe que a equipe de saúde da família conheça as famílias do território, identifique os problemas e as situações de risco, e a partir destes elabore um plano e uma programação que contenha inclusive ações educativas e intersetoriais. As autoras desse trabalho apontam que fatores restringem a articulação do trabalho entre os membros da equipe, tais como: pressão interna para acompanhar um quantitativo de famílias bem superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde; pressão externa pela coordenação municipal; demanda cada vez maior de atribuições para cada profissional; mudança de alguns integrantes da equipe; e falta de monitoramento do processo de trabalho por parte da coordenação municipal. (SILVA; TRAD, 2005)

Uma análise dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizada por Medina e demais autores (2014), retratou o processo de trabalho de um percentual significativo de ESF do Brasil. Os resultados do trabalho reconhecem que o alcance da efetividade em um trabalho em equipe não é fácil, e o principal desafio corresponde à comunicação e à transferência de informações, necessárias para a coordenação da atenção.

Outros autores concordam que os processos de trabalho nas ESF sofrem influência do trabalho de um modo geral e suas mudanças organizacionais e gerenciais, como cobrança de maior produtividade e crescentes inovações tecnológicas, entre outras questões. (BERNARDES, 1994; GITAHY, 1994 apud PEDUZZI; ANSELMi, 2002) Essas alterações no processo repercutem na prática cotidiana dos profissionais, que precisam ser polivalentes e multifuncionais e articularem as atividades e intervenções realizadas por eles com as ações dos demais membros da equipe, destacando a multiprofissionalidade da prática. (PEDUZZI; ANSELMi, 2002) As consequências são o aumento das atribuições e cobranças de seus profissionais da APS. (MARTINS et al., 2014; TRINDADE; PIRES, 2013; LIMA, 2011)

Há ainda um conjunto de trabalhos que mostram fragilidades de diferentes ordens para o desenvolvimento do trabalho na Atenção Básica (AB) como: infraestrutura, condições de trabalho, dificuldade de trabalho em equipe, falta de especialização dos trabalhadores, entre outras. Até

mesmo a ausência de percepção de dificuldade pelos trabalhadores sobre seu processo de trabalho limita o alcance dos objetivos almejados pela ESF, destacam a importância de conhecer o processo de trabalho das ESF para (re) pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde, e a integralidade do cuidado, bem como a integração na equipe. Ademais, permanece o modelo de atenção centrado no médico, embora existam estratégias de fortalecimento dos princípios do SUS e da atenção primária à saúde. (TRINDADE; PIRES, 2013; SARTI et al., 2012; SILVA; TRAD, 2005; STARFIELD, 2002; MOURA; SOUZA, 2019; DOLNY et al., 2020)

Visando contribuir com evidências que subsidiem o debate acerca dos processos de trabalho em saúde na ESF, o presente capítulo apresenta o resultado de pesquisa que analisou o processo de trabalho de três equipes de Saúde da Família em municípios de pequeno porte, da região de Capim Dourado, no estado do Tocantins, focalizando as práticas de saúde, analisando suas conformidades com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

METODOLOGIA

Foram utilizadas as categorias analíticas do processo de trabalho em saúde proposta por Mendes Gonçalves (1979), com foco nas práticas de saúde. Foi um estudo descritivo e exploratório, em três municípios. Esses municípios apresentam um conjunto de características semelhantes e influenciadoras nas condições de saúde da população, dentre elas: maior desigualdade de distribuição de renda – índice de Gini, menor índice de renda proveniente do trabalho, menor IDH, maior taxa de analfabetismo, maior percentual de nascidos com baixo peso, menor índice de internação por habitantes, elevada taxa de mortalidade infantil, maior dificuldade de acesso a referência, sobrecarga de serviço dos profissionais da ESF e a alta rotatividade dos profissionais de nível superior.

Elaborou-se um questionário semiestruturado, tomando por base a PNAB, contendo questões fechadas e abertas, que foi aplicado aos profissionais das ESF das três equipes. Trinta e oito profissionais de saúde foram envolvidos no total, sendo três médicas, três dentistas, três enfermeiras, três técnicas em enfermagem, três auxiliares de saúde bucal (ASB) e 26

agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, realizou-se análise documental, utilizando consulta a documentos institucionais tais como relatórios produzidos pela equipe que puderam elucidar questões que circundam o desenvolvimento do trabalho das equipes estudadas.

Os questionários foram analisados a fim de caracterizar as práticas de saúde das ESF estudadas nos três municípios estudados, levando em consideração as práticas de saúde propostas na PNAB. Além disso, identificou-se limites e possibilidades para o desenvolvimento das mesmas, elementos do contexto que interferiram no desenvolvimento dessas práticas de saúde. O projeto que deu origem a pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA e aprovada pelo mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas de saúde correspondem ao resultado da interação de agentes que realizam trabalho no âmbito da saúde. Isto quer dizer que transformam matéria-prima em um produto. No caso particular em que essas práticas se desenvolvem no âmbito da atenção primária à saúde, convém lembrar que representam um espectro amplo que vai desde ações extramuros no território até as atividades ambulatoriais. Nesse particular, é possível encontrar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e também reabilitação.

A análise do material empírico produzido na pesquisa evidenciou as práticas de saúde desenvolvida pelos membros das equipes estudadas, apresentam alguma similaridade com a PNAB, quando observadas as atividades normativas.³ Todavia, observou-se a ausência de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como planejamento, programação, monitoramento e avaliação, aproximando as práticas de saúde dos profissionais no âmbito da ESF, como espaço de reprodução do modelo médico hegemônico e, por sua vez, afastado dos pressupostos da PNAB como reorientadora do modelo de atenção.

3 Atividades normativas são aquelas padronizadas pelo Ministério da Saúde.

Práticas de saúde no território

A visita domiciliar representa uma atividade incorporada no cotidiano por todos os profissionais das ESF, sujeitos dessa pesquisa. Quando questionado sobre quais atividades são realizadas por eles no território, 73% dos investigados citam a visita domiciliar como parte dessas atividades. Na sequência, as atividades mais referidas no território são ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos como atividades na escola, orientações, grupos e palestra. Chama a atenção essa última atividade mencionada, em que 50% dos profissionais de saúde do município dois e 33% do três não mencionaram tal atividade, mesmo sendo uma prática de saúde inerente ao ACS, segundo a PNAB.

Observou-se que as ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde que são realizadas nos municípios estudados apresentaram uma questão intersetorial importante, pois evidenciou a aproximação com outras instituições, incluindo externas à saúde. Nas equipes analisadas, 69% dos entrevistados afirmam ter parceria com a escola através do Programa Saúde na Escola (PSE) e com a secretaria de assistência social, através do CRAS, particularmente quando se considera as ações com grupos de idosos. Nesse particular, foram destacadas outras articulações intersetoriais, a exemplo de ações desenvolvidas em outros espaços públicos como clubes, todavia, sem esclarecimentos das práticas desenvolvidas.

As evidências produzidas pela investigação mostram que as atividades desenvolvidas no território pelas equipes estudadas não contemplam alguns elementos propostos por essa política, especialmente as práticas participativas e democráticas, uma vez que não foram mencionadas pelos entrevistados. Já as atividades para promoção da saúde foram entendidas pela maioria dos membros das equipes como desenvolvimento de palestras, restringindo o escopo das ações de promoção da saúde.

Com relação às práticas extramuros realizadas no âmbito da ESF pelas três equipes investigadas, respeitadas as especificidades de cada uma delas, convergem para a supremacia de palestras como expressão da promoção da saúde e prevenção de agravos. As visitas domiciliares aparecem nas atividades dos três municípios, embora os entrevistados também não mostrem a consciência da importância da mesma e as atividades desenvolvidas nesse âmbito. Quando aberta a questão para relato das espe-

cificidades, não houve expressão qualitativa do processo da visita pelos entrevistados. Por último, vale salientar que as articulações intersetoriais aparecem nos municípios estudados, mas não há clareza por parte dos entrevistados da necessidade de tal articulação para a promoção da saúde das coletividades que conformam a população adstrita nas ESF estudadas.

Nesse sentido, observa-se que embora as equipes tenham realizado ações fora do âmbito das unidades de saúde, as mesmas não foram ainda capazes de resolver os problemas de saúde da comunidade ou até mesmo de minimizar certos danos e sofrimento. A responsabilização entre profissionais e usuários também não foi identificada no estudo, nem como corresponsável em seu processo saúde doença nem para o controle social.

Práticas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação

Nas três equipes estudadas, as práticas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação são frágeis. Foram referidas às campanhas e atividades pontuais, sem relação com as necessidades locais de saúde da população e, quando acontecem, são realizadas por categorias profissionais e de forma isolada. No município dois, essa questão é ainda mais grave, considerando que houve referência de modo explícito pelos entrevistados de que todos os instrumentos de gestão são elaborados sem a participação dos usuários e trabalhadores do SUS.

Ao serem abordados sobre o desenvolvimento das práticas de planejamento e programação no âmbito da saúde da família, apenas 50% de todos os entrevistados referiram participação. Todavia, quase metade destes que referiram participação, 46 % só o fazem em momentos pontuais de organização de mutirões e campanhas. Ou seja, menos de 30% dos entrevistados participam da elaboração dos instrumentos de gestão. Quando essa análise é realizada entre profissionais de nível médio e superior das equipes estudadas, 44 % de todos os profissionais de nível superior referiram participar da elaboração do plano de saúde do município e da programação mensal. Já entre os profissionais de saúde de nível médio, nenhum deles referiu participar de momentos como esse de planejamento e programação.

Há uma discrepância entre a retórica contida no plano de saúde e as evidências produzidas na interação com os entrevistados. Segundo o plano municipal de saúde dos municípios 1 e 2, que por sua vez apresentam textos idênticos:

As prioridades de atuação traçadas neste Plano são resultados de um trabalho desenvolvido de forma transparente, participativa e democrática [...] Nesse sentido, realizamos várias oficinas de trabalho para levantar subsídios para elaboração do plano. Participaram dessas oficinas dirigentes e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e representantes da Sociedade Civil, com representações das comunidades. (SÃO FELIX DO TOCANTINS, 2014, p. 10)

Cabe salientar que esse discurso participativo não se concretiza nas práticas cotidianas nas ESF estudadas.

Não! Quando chega para nós já chega pronto. Vamos agir!
(Entrevistado 4)

Não o secretário sempre fez só. Mas por cobrança da equipe, prometeu que a partir de agora fará em conjunto. (Entrevistado 19)

Quanto ao monitoramento e avaliação, ao se buscar nas equipes como desenvolvem as atividades de monitoramento e avaliação, observou-se que a mesma é pouco incorporada pelas equipes; e quando acontece, é devido à obrigatoriedade e não representa o reconhecimento de sua utilidade. No conjunto de entrevistados, observados os profissionais dos três municípios, 50% não desenvolvem ou participam de nenhuma atividade de monitoramento. Nas três equipes estudadas, observa-se desconhecimento da importância do monitoramento e avaliação para os processos de trabalho das equipes, quando aparece, há pouca especificidade nas atividades, não há clareza para os agentes do trabalho investigados sobre essas ações.

Entretanto, quando ações dessa natureza são mencionadas, correspondem a práticas de saúde dos profissionais de nível superior e ainda podem representar a fragmentação do trabalho, uma vez que certos profissionais realizam apenas "o seu pedaço", a exemplo do ASB, que moni-

tora apenas as ações de saúde bucal. O monitoramento dos demais programas de saúde implantados no município é realizado pelos enfermeiros e por médicos, destacando-se o município 1, que apresentou inclusive documentos acerca dessa questão. Cumpre ressaltar que no município 2 essa atividade, assim como o planejamento, é inerente ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Vale lembrar que este último município apresenta o PMAQ implantado, estando as poucas práticas avaliativas atreladas a esse programa.

[...] que é mais monitorado é a escovação. A escovação e a primeira consulta é o que mais eles exigem. (Entrevistado 26)

No mesmo plano de saúde que refere os processos participativos das práticas de planejamento, a avaliação representa uma atividade rotineira, o que não condiz com a realidade empírica observada:

É importante lembrar que o Plano Municipal de Saúde, como instrumento de Planejamento mais utilizado no processo de construção do modelo da saúde do Município, deve ser fortalecido através de avaliações periódicas, oficinas com participação de técnicos das diversas áreas. Esta pratica visa principalmente difundir o Planejamento estratégico e participativo no Município e possibilitar um melhor aproveitamento das discussões, avaliações das rotinas e monitoramento das ações executadas. (SÃO FELIX DO TOCANTINS, 2014, p. 11)

Práticas assistenciais e normativas

Com relação às atividades assistenciais, observa-se que há coerência com aquelas previstas na PNAB. Portanto, não foram encontradas particularidades que distinguissem os três municípios estudados, já que as principais atividades assistenciais referidas foram as mesmas em todos os municípios estudados. Assim, mencionou-se a visita domiciliar, acompanhamento das famílias, atividades de orientação, avaliação do uso correto de medicação, atividades nas escolas, acompanhamento/monitoramento de crianças, idosos, acamados e portadores de doenças crônicas, ações de

promoção da saúde e prevenção de agravos e vários outros atendimentos específicos da ESF.

Nas atividades normativas, há acompanhamento de todos os ciclos de vida, desenvolvimento de ações de vigilância, atuando em diversos programas preconizados pelo Ministério da Saúde. O município 1 desenvolve ainda práticas complementares de ventosaterapia e medicina natural estimulada pela PNAB. No município 3, há um agravante que é a troca constante do enfermeiro supervisor, sendo um elemento impactante no processo de trabalho da equipe.

Desafios do cotidiano nas práticas de saúde na ESF

Por se tratar de uma região de difícil acesso, uma dificuldade reconhecida por todos os agentes do processo de trabalho das equipes estudadas nos municípios 1 e 2 é o acesso às ações e serviços de saúde. Nesses municípios é a questão geográfica o principal fator limitante, devido às condições da estrada. Para algumas especialidades médicas, é preciso passar meses aguardando pelo agendamento e, às vezes, quando ele chega, o paciente perde a consulta por falta de transporte.

Se sai uma pessoa pra Palmas, doente, a gente não sabe se ele chega lá. (Entrevistado 1)

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro foi referida nas três equipes estudadas, com algumas particularidades. Podem ser destacadas situações em que o enfermeiro assume duas equipes, sendo uma de ESF e outra de PACS, na zona rural; outra em que a enfermeira, cedida pelo estado ao município, vai à unidade muito raramente apenas para assinar a frequência; outra, ainda, com número excessivo de enfermeiros lotados na unidade que atende uma população de 1.532 pessoas, sendo identificadas três enfermeiras e apenas uma cumprindo carga horária, entre outras situações.

Observa-se fragilidade no processo de trabalho na gestão, que não tem cumprido suas funções primordiais de planejamento, organização, direção e controle, além da inserção profissional em cargos por critérios políticos, resultando em rotatividade inclusive, do secretário de saúde.

Acresce-se ainda a reclamação frequente dos servidores de falta de condições de trabalho, apoio ao profissional, material, equipamento, falta de comunicação e as inquietações da comunidade com os produtos realizados como trabalho das equipes.

[...] a gente não tem o suporte que deveria ter. Para atender bem a comunidade tem que ter condição de trabalho. (Entrevistado 6)

[...] o principal problema aqui é a falta de conhecimento do gestor e de alguns profissionais. (Entrevistado 20)

Falta compreensão do povo que fica chateado com a gente pelas coisas que faltam. (Entrevistado 11)

Em todos os municípios a comunicação interna também foi evidenciada como dificuldade pelos profissionais. Eles referem que as coordenações trabalham isoladamente e que nunca participaram de reunião onde pudesse haver uma articulação entre elas. Essa falta de comunicação leva a outra dificuldade que é o trabalho em equipe.

Os resultados dessa investigação reiteram os de estudos anteriores acerca do processo de trabalho na ESF. Isso porque a investigação apresentada revelou que as práticas de saúde dos profissionais de saúde da família dos três municípios que fizeram parte do estudo da região Capim Dourado, no estado do Tocantins correspondem a práticas normativas resultantes do cumprimento dos programas ministeriais. Embora as práticas de saúde realizadas pelas ESF apresentem-se “relativamente” em consonância com a PNAB, existem ainda grandes desafios no cotidiano destas equipes, quer seja pelos desdobramentos da rede de serviços de saúde, particularmente a infraestrutura; quer seja pela gestão municipal. Dentre eles, destacam-se: sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, dificuldade de acesso à referência, falta de incorporação do planejamento e monitoramento como atribuição comum a todos os membros da ESF, alta rotatividade de profissionais de nível superior, ausência de interação entre gestores e processo de trabalho das ESF.

Resultados semelhantes foram encontrados por Marqui e demais autores (2010), particularmente quando abordam esses problemas em mu-

núcleos de pequeno porte, e por Zatelli, Damo e Weege (2013), Trindade e Pires (2013), Aquino e demais autores (2014), Costa (2019) e Dolny e demais autores (2020). No seu conjunto, essas investigações, embora tenham sido realizadas em diferentes municípios e regiões do Brasil, salientam problemas gerenciais, excesso de burocracia, insuficiência e má administração de recursos, baixa resolutividade dos serviços, forte influência político-partidária do tipo clientelista, precariedade dos contratos com instabilidade do vínculo trabalhista o que gera alta rotatividade dos profissionais das equipes ESF e falta de competências dialógicas e democráticas, com atitude proativa que promovam inovações nas soluções em saúde. Ademais, revela falta ou deficiência de infraestrutura nas unidades de saúde, insuficiência dos recursos necessários para realizar atividades do cotidiano, dificuldades com o trabalho em equipe, precariedade ou inexistência de veículos, individualização do trabalho, falta de planejamento das atividades ou divisão do trabalho entre formuladores e executores, repetição das tarefas, dificuldades no sistema de referência e ausência de contrarreferência, fragilidade da comunicação formal entre os diferentes níveis hierárquicos, pouca interação com a comunidade; falta de adesão, cooperação, engajamento, motivação, participação da comunidade; manifestação de sofrimento expresso na forma de estresse, frustração e insegurança. Ocorre excesso de trabalho, pois o número de famílias atendidas pela equipe é maior que o ideal. Há falta de investimentos em reuniões de grupos e em profissionais qualificados e o modelo de atenção reproduzido é médico centrado.

Apesar de os três municípios pesquisados terem enfermeiros do estado, há vários anos cedidos para estes, nenhum deles cumpre carga horária ou tem atribuições específicas. Para todos eles há sobrecarga dos profissionais enfermeiros que, além de serem coordenadores da equipe, são também da atenção básica, vigilância epidemiológica, Unidade Básica de Saúde (UBS) e atendem urgência e emergência fora do horário de atendimento da ESF. A sobrecarga de trabalho desses profissionais na ESF já foi resultado de investigações realizadas por Martins e demais autores (2014) e Trindade e Pires (2013).

O estudo de Trad e Rocha (2011) revelou dificuldades semelhantes às identificadas e descritas neste estudo, com destaque para concentração de tarefas da enfermeira mesmo ela achando que as responsabilidades

deveriam ser compartilhadas por todos os profissionais de nível superior. Outro destaque semelhante ao do estudo em discussão é a divisão de tarefa entre os profissionais de nível médio e superior. A divisão de poder e tomada de decisão são centradas nos profissionais de nível superior.

Uma particularidade descoberta no trabalho de investigação foi a alta rotatividade de profissionais enfermeiros. Nos três municípios, estes são os profissionais que estão há menos tempo atuando no município e todos relataram a má remuneração e as más condições de trabalho. A literatura tem se preocupado em investigar a rotatividade dos profissionais médicos e enfermeiros conforme mostra o estudo de Medeiros e demais autores (2010).

Quando analisadas as práticas de saúde dos profissionais da ESF, verificou-se a falta de incorporação do planejamento, programação local, avaliação e monitoramento por parte de todos os membros da equipe. Resultados semelhantes foram encontrados nos trabalhos de Sarti e demais autores (2012). Nessa direção, a elaboração de planos de saúde sem participação dos profissionais de saúde e da comunidade, assim como nesse trabalho, foi ressaltado também por Silva e Trad (2005), que evidenciaram que o planejamento e avaliação das ações são realizados apenas pelos profissionais de nível superior e de forma individualizada, sendo apenas socializado para os profissionais de nível médio.

As práticas de saúde encontradas nas ESF investigadas representam certa reprodução dos Programas ministeriais sem uma análise da situação de saúde da população adstrita, com reprodução das atividades mais comuns presentes na PNAB. Vale ressaltar que apenas uma médica cubana parece relacionar nas suas práticas de saúde na ESF o planejamento, monitoramento e avaliação como ferramenta para alterar a situação de saúde dos usuários adscritos à ESF. Talvez essa questão esteja relacionada à própria formação médica, pois, segundo alguns autores, como *García* (2004) e *Gómez* e demais autores (2010), a formação em Cuba volta-se para a APS diferentemente da realizada no Brasil.

Isso se revelou ainda mais grave quando relacionado às concepções e práticas de saúde da família apresentadas pelos entrevistados. Segundo *Mendes Gonçalves* (1979), o produto do trabalho muda em função da finalidade e da relação de cada agente com o seu objeto. Sendo assim, embora os agentes mencionem perspectivas distintas e algumas emancipadoras do ponto de vista das práticas de saúde, os resultados do trabalho

mostram contradições acerca dessa relação e certa tendência de reproduzir as práticas de saúde cotidianas.

No que concerne à ausência fragmentação do trabalho entre os membros da equipe de saúde da família, a ESB chamou a atenção já que as equipes analisadas nos três municípios têm como prática planejar, executar e avaliar separadamente. Mesmo aqueles membros dessa equipe que participam da elaboração do plano atuam de forma pontual nas ações de saúde bucal. Achados semelhantes foram encontrados também por Silva e Trad (2005), confirmando que há pouca articulação entre as ações no âmbito do processo de trabalho da equipe saúde da família, sendo mais evidente entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Para as autoras, a comunicação se dá basicamente para a troca ou transmissão de informação de caráter técnico. Resultados semelhantes foram encontrados por Pimentel e demais autores (2012) e Baldani e demais autores (2005). Dolny e demais autores (2020) reforçam tais achados na investigação por eles realizada, que buscou analisar a integralidade e a integração da equipe onde os autores observaram a necessidade de investir em competências gerenciais e dialógicas para aprimorar o processo de trabalho das equipes.

A falta dos insumos necessários para o funcionamento das UBS são motivo de reclamações por parte dos profissionais investigados. Essa questão também foi encontrada como resultado do trabalho de Cotta e demais autores (2006), onde o autor destaca que a falta de transporte, de infraestrutura e de equipamentos como as principais dificuldades enfrentadas para a realização do trabalho pelas equipes do PSF no município de Teixeira-MG. Nessa direção, Reis e demais autores (2007) contribuem ao mencionar que a infraestrutura é necessária na garantia da integralidade da assistência, portanto, precisa ser modificada.

A falta de comunicação interna foi tida como um desafio a ser superado não só dentro das categorias como também entre elas e da gestão com a equipe. Tal ruído é considerado, pelos entrevistados, elemento prejudicial ao desenvolvimento do trabalho. Vale ressaltar que, de uma categoria profissional para outra, a falta de comunicação foi apresentada como algo que constrange o desenvolvimento do trabalho entre as equipes estudadas. O desafio da comunicação e a transferência de informações necessárias para a coordenação da atenção já foram registradas por Starfield (2002) como os maiores desafios da AB. Também Trad e Ro-

cha (2011) apontam que a escassez de momentos coletivos de discussão compromete a integração da equipe, a análise da situação de saúde do território e o planejamento das ações. Ainda foi relatada a falta de comunicação com os usuários uma vez que eles têm dificuldade de absorver as informações. Resultados de investigação realizada por Reis e demais autores (2007) reiteram esses achados.

Não foi citada por nenhum entrevistado a participação dos usuários como corresponsáveis pela saúde ou como controle social. Essa falta de lembrança leva a crer que a comunidade convive com ESF onde os próprios agentes de trabalho em saúde a definem como um programa assistencialista. A participação da comunidade é considerada importante para a qualidade da administração pública municipal e o SUS. A expressão desta sobre as expectativas e satisfação quanto ao uso dos serviços direcionará a tomada de decisão para o atendimento das necessidades dos usuários, gerando satisfação, aceitabilidade e credibilidade. (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010) Diversos motivos podem acarretar a baixa participação da comunidade. Zatelli, Damo e Weege (2013) dão alguns exemplos como: os temas não correspondem a suas necessidades; falta de interesse em participar; horário inviável; falta de tempo; falta de estratégias para ações bem estruturadas; desajuste entre os objetivos da equipe e objetivos da população. Os mesmos autores sugerem, para aumentar a participação da comunidade no processo de saúde, que a equipe desenvolva atividades criativas e eficientes com foco na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

Outro fator limitante que ainda se apresenta em pequenos municípios é a baixa capacidade dos gestores para exercer as competências conforme proposto pela política. A ingerência e ausência de interação entre gestores e processo de trabalho e o desconhecimento da PNAB são perceptíveis nas falas e na observação direta em todos os municípios pesquisados. As transformações necessárias na ESF dependem muito da atuação deste, sendo capaz de desenvolver mecanismos mais eficazes tanto na busca da qualidade dos serviços como na melhoria das condições de trabalho, o que ainda é um desafio.

Muito se discorre sobre a melhoria da qualidade na Atenção Básica, e, nesse contexto, a fala de Savassi (2012, p. 73) afirma que *"não se melhora a qualidade pela produtividade"*. O sistema gerencial profissional tem que

ser estruturado de forma a conduzir a rede de saúde funcionando como equipe, coordenando os instrumentos disponíveis, garantindo o planejamento, controle e melhoria de cada um dos processos, o que só será possível se ocorrer mudanças na qualidade dos gestores do SUS em todos os níveis de atenção e em especial no nível local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo são vastamente reiterados por outros trabalhos realizados nas ESF e que, por sua vez, põem em questão o desafio de repensar os processos de trabalho para apontar práticas de saúde mais consoantes com a proposta da PNAB e principalmente para o SUS.

O processo de trabalho das equipes da ESF é composto por ações pontuais previstas em protocolos e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos propostos pela PNAB. Na análise da fragilidade das ações, o estudo permitiu identificar as dificuldades que repercutem negativamente no processo de trabalho das equipes. Essas limitações comprometem a qualidade dos serviços prestados àquelas comunidades, retardando o alcance do projeto proposto para a ESF.

O panorama obtido com a realização desse estudo evidenciou a necessidade de mudanças na estrutura e no processo de trabalho das equipes de ESF dos municípios analisados. Por ser um estudo exploratório no estado e região referidos, poderá contribuir norteando a melhoria das ações.

REFERÊNCIAS

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; NUNES, C. A. *et al.* Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-371.

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T. *et al.* A Inclusão da odontologia no programa saúde da família no estado do Paraná, Brasil. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400005>. Acesso em: 6 jul. 2016.

BARROS, A. C.; NASCIMENTO, K. C.; SILVA, L. K. B. et al. A estratégia saúde da família no processo de matriciamento da saúde mental na atenção básica. *Desafios- Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, Palmas*, v. 5, n. 1, p. 121-127, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2018vol5n1p121>. Acesso em: 6 jul. 2016.

BORGES, N. S.; SANTOS, A. S.; FISHER, L. A. Estratégia de Saúde da Família: impasses e desafios atuais. *Saúde em redes*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 105-114, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

COSTA, E. *Desafios do processo de trabalho na estratégia de saúde da família em caxias do Sul/ RS*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2019.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 jul. 2016.

DOLNY, L. L.; LACE, J. T. D.; NILSON, L. et al. A. Educação permanente em saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da família. *Brazilian Journal of health review*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020.

MENDES, S. V. O SUS e a atenção primária à saúde. *Revista APS*, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 218-219, 2005.

GÓMEZ, Y. A.; LUNA, J. A. M.; MOLLEDAL, M. D. et al. Papel del diplomado de educación médica en la formación como profesores de los especialistas de medicina general integral en el nuevo programa de formación de médicos latinoamericanos. *Educación médica superior*, La Habana, v. 24, n. 1, p. 65-75, 2010.

GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

LIMA, A. S. *O trabalho da enfermeira na atenção básica: uma revisão sistemática*. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MARQUI, A. B. T.; JAHN, A. C.; RESTA, D. G. et al. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Revista da escola de*

enfermagem, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reusp/. Acesso em: 18 maio 2015.

MARTINS, L. F.; LAPORT, T. J.; MENEZES, V. P. *et al.* Esgotamento entre profissionais da atenção primária à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4939-4750, 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINE, V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, E. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 44-50. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso: 11 ago. 2015.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>. Acesso em: 10 maio 2016.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A. L. Q. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família?. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 69-82, 2014.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MOURA, R. C.; SOUZA, T. A. C. Processo de Trabalho na ESF: perspectiva dos cirurgiões dentistas no distrito federal. *Revista eletrônica de gestão e saúde*, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 181-202, 2019.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [Brasil], p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso: 11 ago. 2015.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O Processo de Trabalho de Enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C. P.; MARTELLI, P. J. L. *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 146-157, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300015>. Acesso em: 2 jul. 2016.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. *Produção Online*, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 649-669, 2010. Disponível em: <https://www.producaoonline.org.br/rpo/article/view/405>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SÃO FELIX DO TOCANTINS. *Plano Municipal de Saúde*. São Felix do Tocantins: Prefeitura Municipal, 2014.

LAGOA DO TOCANTINS. *Plano Municipal de Saúde*. Lagoa do Tocantins: Prefeitura Municipal, 2014.

SARTI, T. D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/392>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

SOUZA, M F.; MENDONÇA, A. V. M.; FRANCO, M. S. (org.). *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora, 2014.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco Brasil: Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do programa saúde da família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300031>. Acesso em: 7 jul. 2016.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.

VECCHIA, M. D. *Trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde: fundamentos histórico-políticos*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

ZATELLI, A. G.; DAMO, G. N.; WEEGE, A. S. *Avaliação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família sobre a ESF em um município da região sul do Brasil*. [S. l.: s. n.], 2013.

Capítulo 17

DESAFIOS PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA, COMPONENTE PRÉ-NATAL EM PALMAS, TOCANTINS

Andrea Siqueira Montalvão

Monique Azevedo Esperidião

INTRODUÇÃO

A importância da qualidade da assistência ao pré-natal para prevenção da transmissão vertical da sífilis é o principal tema de discussão deste capítulo. A proposta desta discussão traz à tona a sífilis como uma questão que já deveria ter sido superada, considerando, entre outras coisas, o aumento da cobertura do pré-natal que permite o acesso ao teste rápido e ao tratamento de baixo custo, o que poderia evitar a transmissão vertical e, conseqüentemente, a sífilis congênita. No entanto, a representatividade desta doença no cenário epidemiológico do Brasil ainda é visualizada de forma preocupante e coloca indagações sobre a qualidade do controle da sífilis durante as ações do pré-natal, no âmbito da atenção primária.

Nesta linha de entendimento, Victora e demais autores (2011) destacam que a sífilis congênita ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil, mesmo sendo uma doença considerada totalmente evitável, tendo em vista as possibilidades de intervenção ao interior da atenção primária em um país onde a atenção ao pré-natal é praticamente universal.

Duarte (2012) destaca que, nas últimas décadas, não houve avanço no controle desta doença, embora haja a elaboração de orientações específicas para seu controle. Segundo o autor, há dificuldades para a efetivação das estratégias preconizadas nestes documentos, relacionadas à baixa divulgação destas orientações, o que tem refletido na qualidade do pré-natal.

O acesso à atenção pré-natal em estabelecimentos de saúde pública aumentou em nível de cobertura das Equipes da Estratégia Saúde da Família, porém, estudos mostram que a mortalidade materna e infantil, em muitos casos, ocorre por causas evitáveis. Na avaliação de Nascimento e demais autores (2012), a maioria dos casos de morte fetal por sífilis potencialmente poderiam ter sido evitados, a partir de cuidados básicos como a inclusão do parceiro no pré-natal, a realização de, pelo menos, dois exames VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) durante a gravidez e um no momento do parto, porém, a mesma análise indicou que nenhum dos casos teve seu exame repetido durante o pré-natal.

Em uma análise da assistência pré-natal no Brasil, utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil, destaca-se que a cobertura do pré-natal no país é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do mesmo e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas, contudo o mesmo estudo mostra mulheres que iniciaram o pré-natal tardiamente (16ª semana), sendo que as recomendações do programa Rede Cegonha é que o início do pré-natal deve ser realizado até a 12ª semana gestacional e que em relação aos procedimentos recomendados sobre a primeira rotina de exames e resultados, as regiões Norte e Nordeste apresentaram a menor proporção de registro de exames. (VIELLAS et al., 2014)

Nesse sentido, a organização da assistência ao pré-natal tem apresentado barreiras diversas, comprometendo cada vez mais a qualidade deste serviço, acarretando riscos para saúde da mulher e da criança, persistindo a necessidade da reorientação do modelo de atenção, na pers-

pectiva da redução da mortalidade materna e infantil, a superação de óbitos por causas evitáveis, através de cuidados de saúde mais efetivos.

A sífilis é uma doença de evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, de transmissão sexual ou vertical, que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo. Durante a gestação, a sífilis requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical, e a sífilis congênita trata-se de um agravo que é considerado como marcador de qualidade de assistência à saúde materno-fetal. A realização do diagnóstico e o fácil manejo clínico e terapêutico permitiriam reduzir o risco de transmissão vertical. (BRASIL, 2012)

Campos e demais autores (2010) destacam que a sífilis pode ser facilmente controlada, levando-se em consideração a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo. A ação mais consistente para controle da sífilis congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil.

Em relação à sífilis em gestantes no Brasil, o Boletim Epidemiológico Sífilis (BRASIL, 2015) informa que, de 2005 a junho de 2014, foi notificado no SINAN um total de 100.790 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,1% foram notificados na região Sudeste, 23,5% no Nordeste, 12,4% no Norte, 11,6% no Sul e 10,3% no Centro-Oeste. (BRASIL, 2015)

A taxa de detecção de casos de sífilis em gestantes para 1.000 nascidos vivos, de 2012 para 2013 no Brasil, teve aumento na maioria dos estados: Piauí (75,9%), Goiás (64,2%), Santa Catarina (61,1%), Maranhão (52,4%), Paraná (50,0%) e Amazonas (46,3%) apresentam maior aumento; Rio Grande do Norte, Sergipe, Tocantins e Ceará apresentaram reduções de 32,1%, 17,2%, 17,2% e 7,0%, respectivamente. (BRASIL, 2015)

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita em 2004 era 2,2 por 1.000 nascidos vivos e, em 2013, essa taxa passou para 5,5 por 1.000 nascidos vivos. Neste mesmo ano, foram notificados 13.705 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, a maioria dos quais (43,1%) na região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (32,2%), Sul (11,4%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,5%). (BRASIL, 2015)

Em 2013, o Tocantins apresenta-se entre os estados com incidência de sífilis congênita superior à média nacional (4,7 casos por 1.000

nascidos vivos), com uma taxa de 5,2 por 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2015) No Tocantins, no ano de 2010, foram notificados 76 casos de sífilis congênita e em 2014 foram notificados 172 casos. Quanto ao número de óbitos por sífilis congênita, registrou-se 2 casos em 2010 e 13 óbitos em 2014. (TOCANTINS, 2015) Uma primeira apreciação destes dados permite questionar que o aumento do número de casos pode estar relacionado à melhoria no registro dos casos e que o número de óbitos pode guardar relação com possíveis falhas nas ações de cuidado no pré-natal.

O município de Palmas tem apresentado um cenário desfavorável em relação à assistência à saúde da mulher no âmbito do pré-natal, evidenciando dados preocupantes referentes à sífilis congênita. Considerando os dados notificados no SINAN sobre casos de sífilis congênita, a região Capim Dourado, que abrange a capital do estado, apresenta o maior percentual em casos de sífilis congênita, notificados no SINAN, em residentes no Tocantins no período de 2007 até 2014, com o total de 677 casos no Tocantins e 228 casos na região Capim Dourado, sendo 188 casos em Palmas, nesse período.

De acordo com a OMS, a assistência ao pré-natal, com início tardio, se configura como um obstáculo para o controle da sífilis na gestação, pois associa-se a um menor número de consultas e à menor realização de exames de rotina. (DOMINGUES; OLIVEIRA, 2012)

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha no SUS, com o objetivo de qualificar as redes de atenção materno-infantil em todo o país e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil. A Estratégia Rede Cegonha (RC) tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional, tendo como princípios a humanização do parto e do nascimento, a organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde, o acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, a vinculação da gestante à maternidade, a gestante não peregrina e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

O componente pré-natal da RC, de acordo com a portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, estabelece a realização de pré-natal na unidade

básica de saúde, com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e alto risco com acesso aos resultados em tempo oportuno, incluindo a disponibilização do teste rápido para triagem de sífilis, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites, implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de que as equipes de atenção básica realizem os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e sífilis, visando à triagem da sífilis no campo da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Esses testes rápidos estão inseridos no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil. (BRASIL, 2013)

Desse modo, considerando a importância de uma melhoria na qualidade da atenção à saúde materno infantil no componente do pré-natal, torna-se relevante estimar o grau de implantação das ações dirigidas ao controle da sífilis congênita, no âmbito da Rede Cegonha, na atenção básica no município de Palmas, visando à melhoria das condições de saúde das mulheres tendo em vista reduzir a incidência da sífilis congênita.

Sendo assim, apresentam-se como objetivos específicos: desenhar o modelo lógico do componente pré-natal da Rede Cegonha; desenvolver matriz de avaliação da implantação; analisar as ações desenvolvidas para o diagnóstico e tratamento da sífilis pelas equipes de atenção básica no pré-natal das mulheres e estimar o grau de implantação; identificar os desafios para redução da sífilis congênita na atenção básica do município de Palmas.

A literatura traz um vasto arcabouço de estudos sobre a sífilis e a sífilis congênita, considerando o aumento de ocorrência de casos em todo país. Estudo recente de Domingues e demais autores (2014) aponta a prevalência de sífilis na gestação de 1,02%, cobertura pré-natal de 98,7% das mulheres, cobertura de testagem para sífilis de 89,1% (um exame) e 41,2% (dois exames). Na região Norte, foi observada a menor cobertura pré-natal e as coberturas mais baixas de testagem. Outro resultado relevante foi a prevalência mais elevada de sífilis observada em mulheres sem assistência

pré-natal (2,5%) e naquelas com assistência pré-natal em serviços públicos (1,2%).

Destacam-se ainda outros estudos dirigidos à avaliação do grau de implantação da Rede Cegonha referente ao componente pré-natal. (CAVALCANTI, 2010; GIOVANNI, 2013) O primeiro discute a implantação no âmbito do modelo lógico da rede cegonha a partir de uma visão teórica, e o segundo discute o detalhamento da Rede Cegonha e dos seus elementos constitutivos a partir de uma análise teórica e documental. Ambos contribuem para a compreensão teórica do processo de implantação do programa, contudo, observam-se lacunas no que se refere ao grau de implantação e principalmente no contexto das ações mais específicas da qualidade do pré-natal.

A presente pesquisa permite contribuir para dar maior visibilidade aos fatores que tem contribuído para o cenário negativo da sífilis congênita no município de Palmas, com intuito de instrumentalizar as equipes da gestão estadual, gestão municipal e da assistência para que possam aperfeiçoar o processo de trabalho das equipes com vistas a reorganizar o serviço, para melhorar a qualidade do pré-natal no que se refere aos cuidados e ao controle da sífilis congênita na atenção básica.

METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como uma abordagem qualitativa, combinando diversas estratégias para produção dos dados, como questionário aplicado aos informantes-chave nas unidades de saúde e análise documental. Foi construído um modelo lógico do componente pré-natal voltado para controle da sífilis congênita no Programa Rede Cegonha no âmbito da atenção básica, do qual foi derivada uma matriz com critérios e padrões para avaliação da implantação.

O modelo lógico explica como o programa da Rede Cegonha, referente ao componente pré-natal com foco nas ações direcionadas à sífilis congênita, poderia idealmente funcionar, indicando as evidências que serão buscadas para demonstrar os resultados esperados ou não, considerando as possibilidades colocadas pelo processo de investigação orientado pela teoria. (HARTZ; SILVA, 2005)

A elaboração do modelo lógico teve como referência os documentos oficiais que contêm a descrição das ações referentes ao componente pré-natal da RC no que tange aos cuidados voltados à doença. Posteriormente foi desenvolvida uma matriz de indicadores e de julgamento, sendo a principal referência para estimar o grau de implantação do componente pré-natal, especificamente, as ações desenvolvidas pelas equipes para reduzir a incidência da sífilis congênita no âmbito da Rede Cegonha em Palmas.

A construção da matriz considerou as diretrizes da Rede Cegonha no que se refere ao componente pré-natal pelo Ministério da Saúde, instituídos na portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, no Caderno de Atenção Básica nº 32 / Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, considerando as ações realizadas pelas equipes de atenção básica para o diagnóstico e tratamento da sífilis congênita, estabelecendo uma comparação entre como funciona na prática e o que é preconizado, fazendo uma análise de todas as ações para verificar em que medida estão sendo desenvolvidas para, assim, estimar o grau de implantação do programa no âmbito dos cuidados com a sífilis congênita.

Os elementos apresentados na matriz sistematizam dimensões relacionadas às ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica no pré-natal das mulheres, a estrutura disponível e aspectos de como são realizados os cuidados para o diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis no município de Palmas.

Para seleção do município foram considerados como critérios, a população do município superior a 100 mil habitantes e a cobertura populacional de PSF superior a 70%, pelo menos dois anos após de adesão ao programa Rede Cegonha; assim, Palmas é o único município do estado do Tocantins que atende aos critérios estabelecidos. De acordo com as informações da coordenação de atenção básica do município de Palmas, são 33 unidades básicas de saúde da família, com 47 equipes de estratégia saúde da família e saúde bucal; 19 ESF e quatro equipes de agentes comunitários, distribuídas por região, sendo sete na região norte, oito na região central, 16 na região sul e duas na região rural.

A pesquisa foi realizada em oito unidades básicas de saúde que foram escolhidas por meio de sorteio, considerando que todas realizam atividades de pré-natal. Foram visitadas duas na região norte, duas na região central, três na região sul e uma na região rural. Em relação à região sul,

foram sorteadas três tendo em vista que se trata da região com o maior número de UBS.

Para coleta dos dados primários, foi utilizada aplicação de questionário semiestruturado, elaborado com vistas a contemplar o elenco de atividades desenvolvidas pela atenção básica no que se refere a diagnóstico e tratamento da sífilis no pré-natal. A aplicação dos questionários foi realizada junto aos profissionais das equipes das UBS, considerando uma equipe em cada unidade, assim, participaram da pesquisa sete enfermeiros, sete médicos e sete gerentes. No questionário continham questões acerca das distintas dimensões avaliadas, quais sejam:

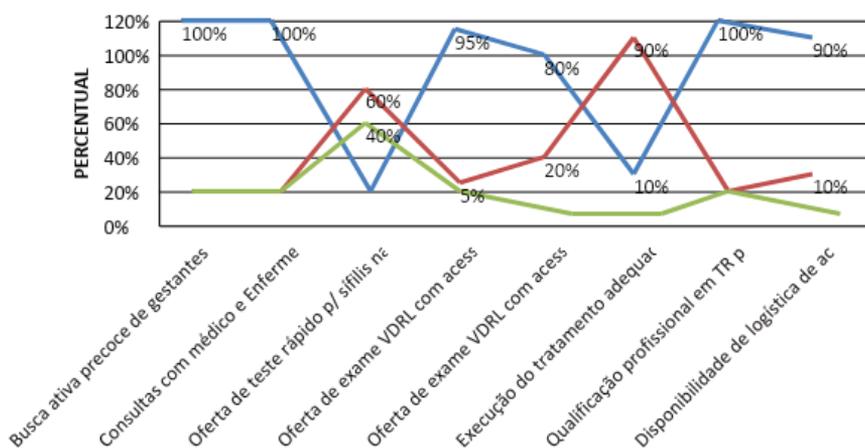
- busca ativa precoce de gestantes;
- consultas com médico e enfermeiro e acompanhamento intercalado;
- oferta de teste rápido p/ sífilis na primeira consulta;
- oferta de exame VDRL com acesso e tempo oportuno para os TR positivo;
- oferta de exame VDRL com acesso e tempo oportuno para os TR negativo;
- execução do tratamento adequado gestante/parceria(s);
- qualificação profissional em TR p/ sífilis;
- disponibilidade de logística de acondicionamento, distribuição e transporte para TR p/ sífilis.

A análise das informações aconteceu a partir da apreciação do grau de implantação das ações do componente pré-natal em relação aos cuidados à sífilis no pré-natal, considerando as respostas positivas do total de perguntas de cada equipe, por UBS, sendo aferidos os totais para cada UBS e por região. Para classificação do grau de implantação foram atribuídos critérios considerando o que preconizavam as diretrizes da Rede Cegonha no tocante ao componente pré-natal pelo Ministério da Saúde, instituídos na portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, no Caderno de Atenção Básica nº 32 / Atenção de Pré-Natal de Baixo Risco. Os valores dos critérios foram definidos, considerando uma pontuação máxima de 10 ou 15.

A classificação final do grau de implantação foi dividida em tercís, da seguinte forma: NÃO IMPLANTADO 0 A 33 pontos, PARCIALMENTE IMPLANTADO 34 até 67 pontos e IMPLANTADO 68 até 100.

Os resultados do grau de implantação das ações voltadas para controle da sífilis entre gestantes nas unidades básicas de saúde de Palmas, conforme o modelo lógico, serão descritos inicialmente numa apreciação geral para todas as unidades investigadas (Gráfico 1) e, em seguida, considerando as ações por regiões.

Gráfico 1 - Grau de implantação das ações desenvolvidas nas UBS referentes aos cuidados da sífilis no pré-natal, Palmas, 2016



OBJETIVOS DA REDE CEGONHA	PROBLEMA	OBJETIVO	ATIVIDADES	RESULTADOS
---------------------------	----------	----------	------------	------------

Fonte: elaborado pelas autoras.

A análise do gráfico acima permite uma visualização mais global das ações desenvolvidas no conjunto das unidades selecionadas. Observa-se que a busca ativa precoce de gestantes, as consultas intercaladas com médico e enfermeira e a qualificação dos profissionais em TR para sífilis foram os critérios mais bem avaliados, sendo considerados implantados em 100% das unidades analisadas. A disponibilidade de logística de acondicionamento, distribuição e transporte para TR para sífilis foi também avaliada de modo positivo, variando entre parcialmente implantada e implantada na maioria das unidades. O principal problema encontrado no

conjunto das unidades e que remetem a ações parcialmente implantadas e não implantadas são a oferta de teste rápido para sífilis na primeira consulta, oferta de VDRL com acesso e tempo oportuno para o TR positivo e negativo. Os profissionais têm conhecimento que deve ser solicitado, porém, na maioria das vezes, o exame não chega no tempo oportuno. A execução do tratamento adequado para gestante e parceiro foi considerada parcialmente implantada na maioria das unidades, exceto na rural, que foi considerada implantada.

Os dados mostram que em todas as UBS (100%) existe oferta de teste rápido de gravidez para toda mulher da área de abrangência com história de atraso menstrual de mais de 15 dias. A busca ativa precoce das gestantes ocorre em todas as unidades. De igual modo, a realização de no mínimo seis consultas intercaladas com médico e enfermeiro são executadas em todas as unidades de saúde analisadas.

Em relação ao indicador da oferta do teste rápido da sífilis para a gestante e parceiros, houve variação quanto à implantação nas distintas unidades investigadas. Na região sul, os resultados mostram que esta ação foi parcialmente implantada em 90% das UBS e 10% não foi implantado. Na região norte, 50% das UBS pesquisadas implantou parcialmente e 50% não foi implantada. Na região central, o resultado se repete ao mesmo da região norte. Já na UBS da região rural a ação foi considerada implantada.

Quanto à oferta de exame VDRL, com acesso em tempo oportuno para os TR positivos, verificou-se a seguinte situação: na região sul a oferta foi implantada totalmente em 100% das UBS; na região norte ocorreu a implantação total em 50% das UBS e parcial na outra metade; na região central, 100% das UBS implantaram parcialmente; na região rural foi parcialmente implantado em 100% das UBS.

No que se refere à oferta de exame VDRL com acesso em tempo oportuno para os TR negativos, na região sul, 70% das UBS apresentaram resultado parcialmente implantado e 30% das UBS, não implantado. Nas regiões norte e central, 50% das UBS foi implantada e 50% das UBS foi parcialmente implantada. Na região rural, foi parcialmente implantado. A execução do tratamento adequado à gestante e parceria(s) nas regiões sul, norte e central tiveram 100% das UBS com a ação implantada parcialmente, apenas a região rural teve a ação implantada.

Os resultados mostram que existe pelo menos um profissional qualificado para executar o teste rápido da sífilis, em 100% das UBS, em todas as regiões. Ressalta-se que a qualificação dos profissionais em relação ao teste rápido da sífilis aconteceu entre o período de 2014 até 2016.

Foi possível identificar também que as principais dificuldades pontuadas pelos profissionais para redução da sífilis congênita durante o pré-natal envolvem a adesão dos parceiros das gestantes, tanto para fazer o teste rápido quanto para realizar o tratamento. Este achado foi considerado menor na zona rural, o que pode estar relacionado ao melhor fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários nesta região.

No que se refere aos aspectos positivos, foi revelado que em todas as UBS pesquisadas há insumos disponíveis, inclusive o teste rápido da sífilis e a medicação para o tratamento da sífilis. Também foi identificado que há profissionais qualificados, alta cobertura do pré-natal, bem como estrutura física das UBS adequadas.

Em Palmas é possível observar que a cobertura de triagem para sífilis na gravidez entre as unidades básicas de saúde permanece aquém da desejada, quando 60% das UBS da amostra da pesquisa foi implantada parcialmente e executam o teste rápido da sífilis na primeira consulta, assim como a oferta de exame VDRL com acesso e tempo oportuno para os TR positivo e TR negativo. Apesar de ser um resultado aparentemente positivo, deve-se questionar que tal ação deveria ser implantada em todas as unidades.

O componente pré-natal da Rede Cegonha, de acordo com a portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, estabelece a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e alto risco com acesso aos resultados em tempo oportuno, incluindo a disponibilização do teste rápido para triagem de sífilis, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites. Todas as unidades deveriam estar realizando a triagem e os dados encontrados mostram que nem todas realizam, sendo esta uma ação que deve ser reforçada nas unidades que ainda não executam ou o fazem de forma incipiente ou parcial.

O indicador de execução do tratamento adequado da gestante e parceiro(s) constitui-se como um grande desafio para realização das ações no pré-natal nas UBS de Palmas, considerando que os profissionais têm encontrado barreiras para realizar o tratamento com parceiros das

gestantes. Um estudo descritivo relacionado ao diagnóstico e tratamento de 67 gestantes/puérperas e parceiros notificadas no SINAN, usuárias de maternidades públicas do Distrito Federal, entre 2009 e 2010, mostrou que destas gestantes 41,8% foram adequadamente tratadas e o principal motivo para inadequação foi à ausência (83,6%) ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%), comprometendo a qualidade do pré-natal recebido pela gestante é insuficiente para evitar a sífilis congênita. (MAGALHÃES et al., 2013)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNSIH) evidencia que a representação social da masculinidade vigente na sociedade ainda entende a doença como sinal de fragilidade, não sendo reconhecida pelos homens como inerente a sua própria condição biológica. Os homens tendem a rejeitar a possibilidade de adoecer. A sua condição de provedor de família, em alguns casos, também se relaciona com a baixa procura dos serviços de saúde, sendo em geral, criticados os horários de funcionamento das unidades. Estas representariam barreiras socioculturais e institucionais que dificultam o acesso de homens ao cuidado em saúde. (BRASIL, 2008)

É importante destacar que a PNSIH é uma política que vem sendo implantada com muito esforço, pois trabalhar essas questões socioculturais e institucionais exige uma articulação intersetorial ainda maior por parte dos profissionais de saúde, que demanda habilidades para compreender as necessidades da população masculina no contexto das concepções de gênero.

É possível visualizar essa questão no estudo de Schraiber e demais autores (2010), em que os profissionais de saúde da atenção primária tem uma visão ainda centrada no modelo biomédico, com pouca valorização da prevenção ou promoção da saúde, sem valorizar o contexto de vida dos homens ou das mulheres, reproduzindo a cultura de gênero onde a mulher tem um atendimento mais detalhado, sendo a sua consulta mais demorada do que a consulta do homem, considerando as particularidades tradicionais do corpo feminino. Contudo, a pesquisa revelou que os profissionais compreendem a necessidade de ambos de forma igual, valorizando apenas os aspectos da doença e descartando os fatores determinantes.

Outro aspecto relevante do estudo de Pires e demais autores (2014) é que mulheres apoiadas por seus parceiros durante o pré-natal tem mais

chances de realizar o seu tratamento com êxito, contudo, deve-se considerar o número mínimo de realização de consultas e a qualidade das mesmas.

Diante desse contexto, observa-se ainda que o Programa Rede Cegonha trata a questão do pré-natal como uma especificidade da saúde da mulher, pois destaca a relevância do cuidado com a mulher e não contempla a assistência ao homem dentro da perspectiva da equidade. O programa pode então ser visto como um recorte da saúde sexual e reprodutiva, mas apresenta lacunas no que se refere a inserção do homem, o que compromete a saúde dos neonatos e crianças, como no caso da transmissão vertical da sífilis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação das ações dirigidas ao controle da sífilis congênita no pré-natal na atenção básica como parte do programa Rede Cegonha são considerados, em sua maioria, parcialmente implantadas. Estes dados mostram que existem ações sendo desenvolvidas para controle da sífilis nas unidades básicas de saúde, mas que, apesar do investimento do Estado na qualificação da Rede Cegonha, estas ações ainda precisam ser ampliadas e aperfeiçoadas para seu pleno desempenho. Alguns aspectos em específico podem ser ressaltados, como a inclusão do parceiro no tratamento que ainda se constitui um desafio e a melhoria da oferta do teste rápido para sífilis na primeira consulta (triagem).

O fortalecimento de uma rede de cuidados que vise assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal e parto/nascimento, deve considerar a valorização da atenção primária como espaço prioritário das ações, ampliando e qualificando as práticas de cuidado realizadas às famílias, garantindo as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e sensibilizando profissionais de saúde quanto à necessária celeridade no tratamento deste importante agravo.

Neste particular, destaca-se também que a introdução dos testes rápidos para sífilis, utilizados como triagem sorológica, a serem complementados por exames laboratoriais, deve ocorrer de modo gradual e com adequado preparo dos profissionais e provimento das unidades, ao tempo

em que se desenvolvem ações de acolhimento, aconselhamento e encaminhamento dos usuários quando necessário. É fundamental a solicitação do exame de sífilis pelo profissional a todas as mulheres durante o pré-natal, tendo em vista a necessidade de o tratamento ser finalizado 30 dias antes do nascimento do bebê. O provimento regular dos insumos é de fundamental importância para assegurar a qualidade das ações e efetividade do cuidado.

Espera-se com este estudo trazer elementos para melhoria da gestão das redes de cuidado materno-infantil, bem como aperfeiçoamento das práticas na atenção primária em saúde. Indicam-se estudos complementares que abordem uma explicação para a variação da implantação encontrada entre as unidades, tendo em vista elucidar fatores explicativos relacionados às situações ora reveladas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 25 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na atenção básica para gestantes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientador_capacitacao.pdf. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 12 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis, *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 5-23, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/andre/Downloads/boletim_sifilis_2015.pdf. Acesso em: 22 maio 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 jun. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 20 jun. 2015.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p. 1747-1755, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

CAVALCANTI, P. C. S. *O modelo lógico da Rede Cegonha*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Departamento de saúde coletiva, Centro de pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; OLIVEIRA, D. D. Avaliação da adequação da assistência ao pré-natal na rede SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 425-437, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000500766&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 29 nov. 2015.

DUARTE, G. Sífilis e Gravidez: e a história continua. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 49-51, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a01v34n2>. Acesso em: 20 set. 2015.

GIOVANNI, M. D. *Rede Cegonha: da concepção à implantação*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

NASCIMENTO, M. I.; CUNHA, A. A.; GUIMARÃES, E. V. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200003>. Acesso em: 18 jul. 2016.

PIRES, A. C. S.; OLIVEIRA, D. D.; MORAISROCHA, G. M. N. *et al.* Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão

da doença no Brasil da atualidade revisão de literatura. *Uningá review*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 58-64, 2014. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140630_161256.pdf. Acesso em: 18 jul. 2016.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018. Acesso em: 28 jun. 2016.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório DVPS-CDTNT: área técnica de DST, AIDS e hepatites virais*. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2014.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Diretoria de Atenção Primária*. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2015.

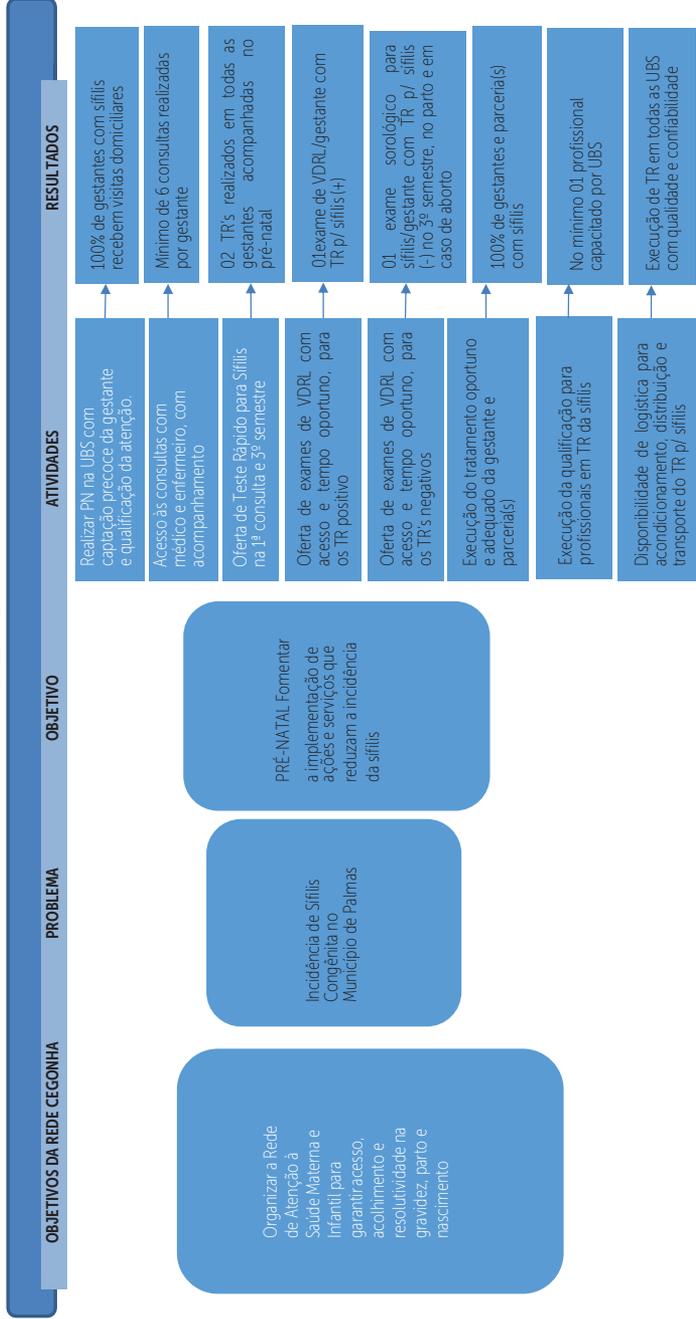
VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The lancet*, Boston, p. 32-46, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf. Acesso em: 18 abr. 2015.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B. *et al.* Assistência ao pré-natal no Brasil. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, p. 1-15, v. 30, n. 1, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 30 jun. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Modelo Lógico da Rede Cegonha Componente

Pré-natal



REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE PALMAS NO ESTADO DO TOCANTINS

Fonte: elaborado pelas autoras.

APÊNDICE B - Modelo da Matriz

COMPONENTE	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PADRÕES	PONTUAÇÃO		GRADUAÇÃO			
			Máxima	Obtida	IMPLANTADO 0 até 33 pontos	PARCIALMENTE IMPLANTADO 34 até 67 pontos	NÃO IMPLANTADO 68 até 100 pontos	
Ações do Pré-Natal referentes ao diagnóstico e tratamento da sífilis	Busca ativa precoce de gestantes	Oferta de teste rápido de gravidez para toda mulher da área de abrangência com história de atraso menstrual de mais de 15 dias	10					
	Consultas com médico e enfermeiro com acompanhamento intercalado	Realização de no mínimo 6 consultas	10					
	Oferta de teste rápido p/sífilis na primeira consulta	Teste rápido realizado em todas gestantes na primeira consulta	15					
	Oferta de exame VDRL com acesso e tempo oportuno para os TR's positivos.		10					
	Oferta de exame VDRL com acesso e tempo oportuno para os TR's negativos.		15					

COMPONENTE	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PADRÕES	PONTUAÇÃO		GRADUAÇÃO		
			Máxima	Obtida	IMPLANTADO 0 até 33 pontos	PARCIALMENTE IMPLANTADO 34 até 67 pontos	NÃO IMPLANTADO 68 até 100 pontos
Ações do Pré-Natal referentes ao diagnóstico e tratamento da sífilis	Execução do tratamento adequado gestante parcerias)	Todas as gestantes e parceiras) com sífilis tratadas	10				
	Qualificação profissional em TR p/ sífilis	No mínimo 01 profissional capacitado por UBS	10				
	Disponibilidade de logística de acondicionamento, distribuição e transporte para TR p/ sífilis	Execução de TR em todas as Unidades Básicas de Saúde com qualidade e confiabilidade.	10				
			TOTAL - 100				RESULTADO

Fonte: elaborado pelas autoras.

Capítulo 18

AVALIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO INDÍGENA À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO NORTE DO TOCANTINS

Margareth Santos de Amorim e Monique Azevedo Esperidião

INTRODUÇÃO

As ações governamentais de implantação de serviços de saúde para os povos indígenas tiveram início em 1910, com a criação de um órgão específico para lidar com a questão indígena no país, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura. Foi a primeira instituição pública destinada à política indigenista, limitando-se ao combate de epidemias e à higiene dos indígenas, e estava inserida no processo de “pacificação”. (LANGDON, 1999; GARNELO, 2004; PONTES, 2013)

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal Brasileira que acolheu as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde e legitimou o direito dos povos indígenas à atenção à saúde de forma integral e diferenciada; estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas; estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena; e, definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram, posteriormente, regulamentados pela lei nº 8.080/90. (BITTENCOURT et al., 2005; BRASIL,

1988; BRASIL, 1990) Atualmente, eles contam com o estatuto do índio, a Confederação de 88 que assegura a universalização e o direito à saúde, Fundação Nacional Indígena (FUNAI), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como órgão de proteção, e um subsistema de atenção à saúde indígena, que foi emancipado nove anos após a criação do SUS e cinco anos após a II Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena. (ROCHA; PORTO; PACHECO, 2014)

Em 1991, o decreto presidencial nº 23 estabeleceu os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como base da organização dos serviços de saúde, para atender às especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas. (ALTINI et al., 2011; BRASIL, 1991) Em 1999, a FUNASA, por meio do decreto nº 3.156/99, assumiu oficial e legalmente a execução da saúde indígena no país. (SANTOS et al., 2008)

No Tocantins, o DSEI foi criado pela portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999, da FUNASA, com a competência de atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação à saúde do índio. Atualmente, o DSEI/TO corresponde a uma unidade organizacional sob responsabilidade sanitária da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). (BRASIL, 1999c)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas sugere a criação de uma rede de serviços de atenção básica de saúde nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade. Essa política tem como propósito, de acordo com a FUNASA (BRASIL, 2002, p. 6), “[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política [...].”

Para garantir o acesso da população indígena aos serviços de média e alta complexidade, a Lei Arouca – lei nº 9.836, de setembro de 1999 – acrescentou um dispositivo à lei nº 8.080/90: “[...] as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde”. (BRASIL, 1999b, p. 10) E os gestores dos DSEI precisam fazer articulação com gestores do município e estado. Alguns destes gestores, muitas vezes, pela organização geográfica

de seu DSEI, têm a necessidade de articular com a rede de atenção à saúde de vários municípios de estados diferentes. (BENEVIDES et al., 2014)

No Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde (SASISUS), o DSEI é responsável por garantir o atendimento da atenção básica nas terras indígenas por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que realizam atendimentos preconizados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e fazem visitas domiciliares e atendimento nas unidades básicas de saúde indígenas localizadas nas aldeias. (GENIOLE et al., 2011)

Segundo Travassos e Castro (2012), as barreiras de acesso integral à saúde indígena podem ser geográficas (relacionadas ao espaço, deslocamento); financeiras (obstáculo para a utilização dos serviços de saúde); organizacionais (organização dos serviços tipo e qualidade); informacionais (informação de saúde para os usuários); culturais, que atuam facilitando ou obstruindo a capacidade dos usuários utilizarem os serviços de saúde.

No Brasil, em especial na região amazônica, as barreiras geográficas e organizacionais permanecem ainda como importantes elementos limitadores do acesso das populações indígenas aos serviços de saúde locais. Tais situações refletem na estrutura de saúde existente nas aldeias e, no fato de que, o acesso às aldeias é realizado a pé, de barco ou de avião. Quanto ao acesso aos serviços especializados, as principais barreiras encontradas foram: pacientes encaminhados para serviço especializado, sem regulação dos municípios de origem da aldeia; falta de normatização do fluxo do sistema de referência e contrarreferência, bem como o do SASISUS; inadequada infraestrutura da Casa de Saúde do Indígena (CASAI). (GOMES, 2013)

A dificuldade de acesso da população indígena à média e alta complexidades pode ser destacada por duas dimensões: 1) a dificuldade no diálogo intercultural e interfederativo entre os gestores; 2) inexistência de uma estrutura organizacional do SUS integrada ao subsistema que garanta a participação da população indígena e das barreiras geográficas, econômicas e étnico-raciais. (MARTINS, 2013)

As ações e serviços de média e alta complexidades, ofertados pela rede do SUS à população indígena, desde o início da implantação do subsistema, mostraram-se bastante complexos em função do pouco conhecimento sobre a diversidade cultural desses povos e de suas necessidades específicas.

Diante do exposto, esta pesquisa buscou responder às seguintes perguntas: 1) Como a população indígena acessa os serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína-TO? 2) Quais são as principais barreiras para garantir o acesso da população indígena das aldeias da região de Araguaína à média e alta complexidade, nas perspectivas dos atores sociais envolvidos na prestação da assistência de saúde aos serviços especializados?

O estudo teve por objetivo avaliar o acesso dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína-TO. Para tanto, visou identificar barreiras sócio-organizacionais, sociogeográficas e socioculturais enfrentadas pelos usuários indígenas das aldeias da região de Araguaína/TO, no acesso aos serviços de média e alta complexidades, segundo distintos atores envolvidos no processo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada mediante abordagem qualitativa, combinando diversas estratégias de produção de dados como: entrevistas semiestruturadas envolvendo gestores do Serviço de Média e Alta Complexidade (SMAC), DSEI, profissionais da CASAI de Araguaína e profissionais dos polos-base de Itacajá, Tocantinópolis e Santa Fé do Araguaia; observação *in loco* e análise documental. Para melhor compreensão das perspectivas dos atores entrevistados foi desenvolvido um modelo teórico lógico contemplando as dimensões: sócio-organizacional, sociocultural e sociogeográfica.

A população indígena, no estado do Tocantins, está distribuída em seis regiões de saúde: Bico do Papagaio; Médio Norte Araguaia; Cerrado Tocantins Araguaia; Capim Dourado; Cantão e Ilha do Bananal, localizados em 11 municípios: Araguaçu, Formoso do Araguaia, Goiatins, Itacajá, Lagoa da Confusão, Maurilândia do Tocantins, Sandolândia, Santa Fé do Araguaia, Pium, Tocantínia e Tocantinópolis, perfazendo um total de 11.850 indígenas, entre aldeados e cidadãos, equivalendo a 1% da população geral do Tocantins. No que alude à população geral, das seis regiões de saúde representadas por 97.032 habitantes (IBGE, 2014), 11% desta população são indígenas.

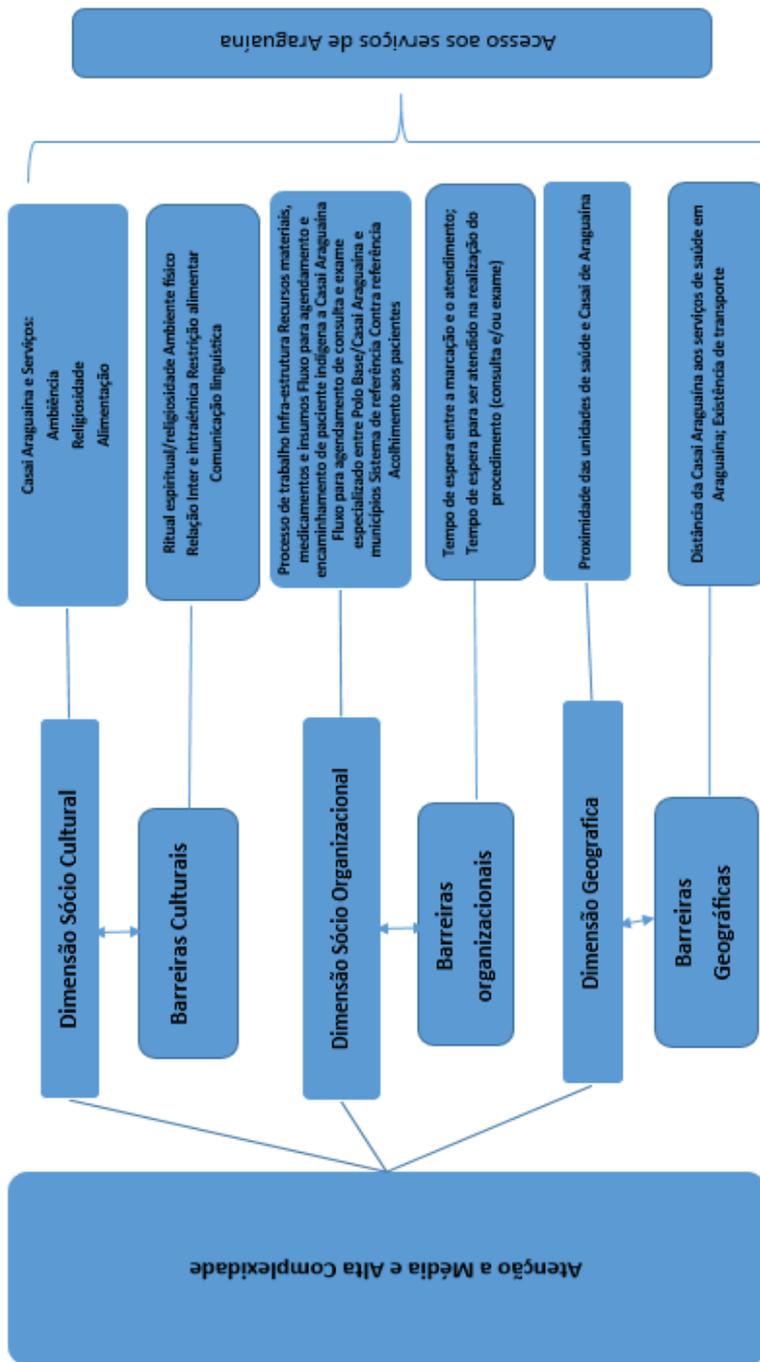
No Tocantins, os índios são DSEI, localizado na capital do estado, responsável pela CASAI de Araguaína. Atende uma população de aproximadamente 11.163 indígenas de 11 etnias, residentes em 152 aldeias, abrangendo dez municípios de Tocantins.

A CASAI de Araguaína, campo de trabalho desta pesquisa, está localizada no município de Araguaína, sendo um município que foi ocupado, primeiramente, por tribos da etnia Carajás. Mas foi em 1876 que os primeiros migrantes chegaram ao norte tocantinense. Atualmente, possui 167.176 habitantes, sendo a segunda maior população da unidade federativa, de acordo com estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014. Localiza-se na macrorregião norte-tocantinense, compreendida na região entre os rios Lontra e Andorinhas. (IBGE, 2014)

A CASAI de Araguaína atende os indígenas que são encaminhados pelos Polos-Base Indígenas (PBI) de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá. Sendo que o PBI de Tocantinópolis presta assistência a 28 aldeias, com um total de 2.328 indígenas. O referido polo tem três equipes formadas por: três enfermeiros, um médico, um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal, treze técnicos em enfermagem, nove agentes indígenas de saúde, doze agentes indígenas de saneamento e um técnico em saneamento.

Segundo Brousselle (2011), para fazer uma avaliação, é preciso elaborar um modelo lógico que permita evidenciar a lógica interna do programa, seus componentes, principais objetivos, ações e resultados esperados. Desta forma, elaborou-se um modelo teórico-lógico de acesso, adaptado de Gomes (2013), para a análise da percepção dos profissionais e gestores do DSEI/TO e do SMAC, sobre o acesso dos usuários indígenas do DSEI/Tocantins, aos serviços de média e alta complexidade no município de Araguaína.

Figura 1 - Modelo teórico lógico de acesso dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do Município de Araguaína



Fonte: adaptado de Gomes (2013) e Cunha e Silva (2010).

O modelo lógico permitiu identificar as principais dimensões relacionadas ao acesso à média e alta complexidade: dimensões sócio-organizacionais (sistema de referência e contrarreferência, serviço de apoio ao usuário indígena: CASAI de Araguaína, organização dos serviços de saúde); geográficas (acesso geográfico); socioculturais (religiosidade, ambiência, relações inter e intraétnicas, alimentação. Todas fundamentadas na teoria de Travassos e Castro (2012) e Donabedian (1973).

Na dimensão sociocultural, foram elencados os aspectos culturais inerentes à população indígena que podem interferir na relação entre usuários e serviços de saúde, como por exemplo: ambiência, religiosidade. Para a dimensão sócio-organizacional, são os aspectos próprios da organização dos serviços de saúde, como o tempo de espera para o atendimento, tanto da rede especializada quanto do serviço de saúde indígena. Para a dimensão geográfica, foram descritos aspectos relacionados à distribuição espacial dos recursos, localização das unidades de saúde, a discussão sobre existência de transporte específico e apropriado para os usuários indígenas. (GOMES, 2013)

Derivada do modelo lógico para a construção das principais categorias de análise dos dados, a matriz elaborada e validada por Gomes (2013) foi a base norteadora para identificação da perspectiva dos profissionais e gestores, no julgamento dos critérios e padrões, levando-se em consideração as dimensões da acessibilidade que foram utilizadas neste estudo.

Essa matriz foi usada também para melhor compreender as percepções dos informantes-chave e facilitar a análise dos dados. A mesma é composta por três dimensões: sócio-organizacional: com três subdimensões; sociocultural: com quatro subdimensões; e, geográfica: com uma subdimensão.

Para cada uma dessas dimensões foram estabelecidos critérios formulados com base na revisão de literatura sobre o tema. Para cada critério selecionado foi feita a descrição que corresponderia às situações consideradas "satisfatória", "intermediária" e "insatisfatória".

Quanto à análise do acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde, foram utilizados roteiros de entrevista semiestruturada para as informantes-chave, visando incorporar as diferentes perspectivas, com vistas ao entendimento dos sujeitos sobre as dimensões previstas neste estudo

As entrevistas foram previamente agendadas no local de trabalho dos informantes-chave. Os dados foram gravados durante as entrevistas de

modo que possibilitou a análise posterior. As transcrições das gravações foram fidedignas, sem prejuízo da subjetividade das falas.

A análise dos dados secundários da utilização dos serviços de saúde em Araguaína por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), bem como relatórios produzidos pelas equipes dos polos que encaminham indígenas para Araguaína, (CASAI, DSEI/TO), e relatórios da regulação, no período de 2013-2014, eram para ser fonte de dados. Mas, como não existia registro desses dados consolidados, estes ficaram apenas como informações complementares e as atas do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) (2013-2014), como fonte de dados documental para análise da percepção deste órgão.

Foi realizada também observação sistemática na CASAI de Araguaína para identificar a relação profissional-usuário e como se dá a forma de acolhimento, processo de trabalho, bem como verificar a situação estrutural e organizacional da CASAI, coletados a partir do roteiro de observação por meio de alguns pontos norteadores.

Os informantes-chave foram os gestores do DSEI/TO (coordenador do DSEI/TO; apoiadora do DSEI/TO, chefe da CASAI de Araguaína); gestores dos serviços de média e alta complexidade (diretor das unidades de serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína que ofertam assistência aos usuários indígenas, responsável pela regulação do município de Araguaína e do estado); profissionais (CASAI de Araguaína e dos PBI de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá).

Conforme a seguinte disposição: um coordenadora do DSEI-TO; 1 chefe da CASAI de Araguaína; uma apoiadora do DSEI-TO; uma diretora geral do hospital regional de Araguaína; um diretor técnico do hospital e maternidade Dom Orione; um responsável pela regulação de Araguaína; uma diretora da regulação estadual; duas enfermeiras da CASAI de Araguaína; três responsáveis técnicos dos Polos-Base Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá; uma enfermeira do Polo-Base de Itacajá.

Sendo que do total de profissionais e gestores entrevistados, 84,62% são do sexo feminino; 53,85% são casados; 30,77% são divorciados; 7,79% possuem união estável; 7,69% se enquadram em outras situações (não responderam à pergunta); 62% têm entre 25 a 35 anos; 15% entre 36 a 45; 15% entre 46 a 55; 8% não revelaram a idade; 38,48% são da raça parda; 30,77% raça branca; 15,38% negra; 15,38% não informaram raça/etnia; 61,54% pos-

suem pós-graduação; 30,77% têm nível superior e 7,69% outros (não informaram); 61,54% não tiveram experiência anterior de trabalho na área de saúde indígena e nem na área de gestão em saúde; 84,62% não fizeram capacitação para atuação em contexto intercultural em saúde com a população indígena; somente 15,38% fizeram capacitações para esta área.

Destaca-se que alguns informantes-chave não quiseram responder questões relacionadas com o perfil, considerando não ser informação relevante. Justificaram não conhecer como funciona a organização do DSEI/TO, e por este motivo, preferiam não responder as questões referentes a acesso.

As informações coletadas foram analisadas por meio da matriz elaborada e validada por Gomes (2013), levando em consideração as dimensões do acesso. Em seguida, foi realizada a técnica de triangulação, por meio da comparação das respostas, da contraposição dos dados informados com os dados coletados nos documentos analisados, a observação dos trabalhos realizados na CASAI de Araguaína e, ainda, pela bibliografia analisada e consultada sobre o tema. (CHAVES, 2006)

Aos dados primários coletados pelas entrevistas foram atribuídos pontos aos critérios com base nas evidências, oriundas das falas dos profissionais, gestores do DSEI e dos gestores das unidades estaduais da observação e dos documentos investigados, considerando a pontuação máxima prevista para cada dimensão sendo para sócio-organizacional (100 pontos), maior pontuação por descrever a maioria das características referentes ao foco do estudo: média e alta complexidade do SUS. Sociocultural (40 pontos), seguida da geográfica (20 pontos). Os achados foram classificados por meio de comparação dos dados, em que foram atribuídos pontos (0 - insatisfatório, 5 - intermediária e 10 - satisfatório) a cada critério, sendo que para o resultado final foi realizada somatória dos pontos atribuídos aos diferentes critérios, subdimensões e dimensões.

A classificação final do grau de acesso para cada critério correspondeu, assim, à proporção (%) da pontuação máxima prevista dividida em tercís, da seguinte forma: (a) insatisfatória: < 33,3%; (b) intermediária: de 33,3 a 66,6% ; (c) satisfatória: > 66,6%.

No CONDISI constam registros de três reuniões ordinárias em 2013, e quatro reuniões em 2014, sendo duas reuniões ordinárias e duas extraordinárias, contabilizando um total de sete reuniões no período. Nes-

tas reuniões, 57% dos assuntos tratados no período em avaliação foram relacionados à dimensão organizacional e 43% à dimensão sociocultural.

Quanto aos aspectos éticos cabe destacar que a pesquisa não foi desenvolvida com usuários indígenas devido à demora nos trâmites para requerer autorização para tal ato, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) nº 304/2000. Quanto aos assuntos relacionados à dimensão organizacional mencionados nas atas, foram assim categorizados observando o modelo teórico-lógico: 28% referem-se a medicamentos, 9,6% aos processos de trabalho, 9,6% ao acolhimento aos pacientes e 9,6% aos fluxos de encaminhamento entre o DSEI e os municípios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das dimensões, subdimensões e respectivos critérios considerou o ponto de vista de distintos atores, sendo assim classificada conforme diferentes percepções. A pontuação obtida foi classificada como intermediária para os profissionais dos Polos (46,8%), profissionais da CASAI (43,7%) e para os gestores do DSEI (53,1%). Para os gestores do SMAC, a pontuação obtida foi de 12,5%, classificada, portanto, como insatisfatória, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 – Avaliação do acesso da população indígena da região norte do Tocantins à rede de atenção à saúde de média e alta complexidade por dimensões, segundo a percepção dos informantes-chave

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Informantes-chave							
			Prof. Polo Base		Prof. CASAI		GT DSEI-TO		GT SMAC	
			Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação
Sócio Organizacional	Sistema de Referência e Contrarreferência	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta Complexidade de Araguaína pelos municípios de origem da aldeia.	10	Satisfatório	50	Intermediário	100	Satisfatório	100	Satisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Bases para encaminhamento de usuários a CASAI Araguaína.	50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	0	Insatisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI-Tocantins em articulação com os municípios de sua área de abrangência.	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína.	50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	0	Insatisfatório
		Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas.	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório	-	Não responderam
		Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde.	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Informantes-chave							
			Prof. Polo Base		Prof. CASAI		GT DSE/TO		GT SMAC	
			Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação
Sócio Organizacional	Serviço de Apoio ao usuário indígena: CASAI Araguaína	Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNA-SPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho.	50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	-	Não responderam
			0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	-	Não responderam
			50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	0	Insatisfatório
Sócio Organizacional	Organização dos serviços de saúde	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses.	-	Não responderam	-	Não responderam	-	Não responderam	-	Não responderam
			50	Intermediário	45	Intermediário	50	Intermediário	20	Insatisfatório
CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO			50	Intermediário	45	Intermediário	50	Intermediário	20	Insatisfatório
Sociocultural	Religiosidade	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde de Araguaína.	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	50	Intermediário	0	Insatisfatório

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Informantes-chave							
			Prof. Polo Base		Prof. CASAI		GT DSEI-TO		GT SMAC	
			Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação
Sociocultural	Ambiência	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados de Araguaína para o uso de redes para pacientes indígenas que não quiseram ficar instalados em camas hospitalares.	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Relações inter e intraétnicas	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados de Araguaína para atuação em contexto intercultural	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Alimentação	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	50	Intermediário	0	Insatisfatório	10	Satisfatório	0	Insatisfatório
CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO			12,5	Insatisfatório	0	Insatisfatório	37,5	Intermediário	0	Insatisfatório
Geográfica	Acesso Geográfico	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins entre a CASAI e os serviços de saúde	10	Satisfatório	10	Satisfatório	10	Satisfatório	-	Não responderam
		Tempo de deslocamento da CASAI para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	10	Satisfatório	10	Satisfatório	10	Satisfatório	-	Não responderam
CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO			10	Satisfatório	10	Satisfatório	10	Satisfatório	-	Insatisfatório
TOTAL GERAL DE PONTOS			46,8	Intermediário	43,7	Intermediário	53,1	Intermediário	12,5	Insatisfatório

Fonte: elaborado pelas autoras.

Desta forma, uma primeira apreciação da matriz permitiu vislumbrar que existem pontos de vistas discordantes sobre a avaliação do acesso, suas dimensões e subdimensões, entre os atores entrevistados. De um lado, observa-se uma visão bastante coincidente entre os gestores e profissionais do DSEI que, por sua vez, diferem da visão dos gestores dos Serviços de Média e Alta Complexidade. As principais discordâncias são relativas à dimensão sócio-organizacional, classificada como intermediária, pelos profissionais e gestores do DSEI (pontuação geral de 50%, 45% e 50%), e considerada insatisfatória pelos gestores do SMAC (20%).

Tal diferença pode ser problematizada por Matus (1997), que sugere que as várias explicações sobre uma política dependem da posição ocupada, crenças, visão de mundo, ideologia dos atores envolvidos e de seus interesses, porque cada um detém uma parte da veracidade. Na percepção dos profissionais das CASAI e dos Polo- Base, gestores do DSEI/TO, a dimensão sócio-organizacional foi classificada como intermediária. Já para os gestores do SMAC (regulação, hospital regional de Araguaína e do hospital Dom Orione), essa dimensão foi pontuada como insatisfatória. Dos dez critérios avaliados, quatro foram considerados intermediários, quatro insatisfatórios, e dois satisfatórios para os profissionais dos Polos-Base. Para os profissionais da CASAI de Araguaína, cinco foram considerados intermediários, três insatisfatórios e dois satisfatórios. Logo, para os gestores do SMAC, seis insatisfatórios, dois satisfatórios e dois não foram respondidos.

Percebeu-se que os atores vinculados ao DSEI/TO visualizaram a dimensão sócio-organizacional como intermediária, enquanto para os atores da gestão do SMAC foi insatisfatória. Esse resultado pode atribuir a questão da falta de conhecimento da política de saúde indígena pelo gestor do SMAC, ou porque cada ator, dependendo da sua situação, tem um olhar diferenciado em relação à dimensão.

Na visão dos profissionais e gestores do DSEI/TO, a barreira ao encaminhamento de pacientes para os serviços especializados sem regulação do município está superada. Entretanto, as maiores barreiras identificadas foram: o tempo de espera para conseguir uma consulta com especialista, falta de normatização do fluxo do sistema de referência e contrarreferência entre unidades e CASAI de Araguaína, tanto dos serviços especializados quanto do SIASISUS; inadequada infraestrutura das unidades. Tais evi-

dências confirmam os achados de Gomes (2013) e de Benevides e demais autores (2014).

Quanto à subdimensão, sistema de referência e contrarreferência, os resultados da percepção dos entrevistados apontaram para critérios considerados intermediários, demonstrando que, na maioria das vezes, as ações são realizadas e garantidas, porém, de forma parcial. O primeiro aspecto identificado nas entrevistas relacionava-se com a regulação dos pacientes. Conforme relatos coletados, o acesso da população indígena às consultas e exames da média e alta complexidade se dá por meio do sistema de regulação, a partir dos municípios onde suas aldeias estão situadas.

Entretanto, para os entrevistados ainda há alguns entraves a serem vencidos nessa área, como a falta de pactuações entre os DSEI e os gestores municipais e estaduais. Por exemplo, estabelecimento da rede de referência dos serviços de saúde e um diálogo intercultural e interfederativo.

Outro aspecto importante é que nos DSEI as ações realizadas nas aldeias limitam-se à atenção primária e, para garantir a integralidade na atenção à saúde dos povos indígenas, faz-se necessário acessar a rede de referência para ações de saúde de média e de alta complexidade presentes nos municípios. Deste modo, ressalta-se a importância do fortalecimento da gestão dos DSEI e dos espaços de controle social do subsistema.

Benevides e demais autores (2014, p. 37) ressaltam que para organizar o acesso à média e alta complexidade da população indígena é necessário que haja “[...] articulação entre os DSEI e os gestores municipais e estaduais, por exemplo, para o estabelecimento da rede de referência dos serviços de saúde”.

Apesar dos encaminhamentos para média e alta complexidade serem regulados pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), percebeu-se a fragilidade no processo de articulação entre as partes. Para estabelecimento de fluxos, identificou-se nas entrevistas, na análise documental e na observação *in loco*, que as relações nesse campo são construídas com base nas relações de amizade entre os profissionais da saúde indígena e os profissionais de saúde dos municípios.

Nas entrevistas, também foi mencionada a existência de fluxo institucional interno entre a CASAI de Araguaína e os Polos-Base. Ainda que os entrevistados dos Polos e a CASAI tenham relatado o mesmo fluxo, não

foram evidenciados, nos achados documentais, esclarecimentos a respeito da normatização entre a CASAI e os Polos-Base.

Ficou, sim, evidenciado que existe a contrarreferência dos pacientes indígenas, entre os Polos-Base e a CASAI. Essa tarefa faz parte das atribuições dos profissionais. Eles preenchem os formulários específicos com as informações da situação de saúde dos pacientes indígenas ao sair da aldeia e ao retornar dos atendimentos.

Porém, na análise foi confirmado que não existe a contrarreferência entre a CASAI e os serviços de referência SUS. Segundo um gestor do serviço, os pacientes indígenas são encaminhados sem nenhuma informação, enfatizando que eles não sabem para quem encaminhar a contrarreferência. Percebeu-se que a falta dessas informações para os serviços de referência ocasiona muitos transtornos, tanto para os indígenas como para os profissionais da CASAI.

Os dados colhidos evidenciaram várias dificuldades enfrentadas para garantir o acesso da população indígena aos serviços de média e alta complexidade. Dentre elas: a falta de oferta dos serviços de média pelo estado; falta de vagas; além dos profissionais da saúde indígena possuírem também dificuldades no processo de regulação dos pacientes nos municípios de origem das aldeias, devido à ausência de conhecimento da organização da regulação; a falta de uma articulação contínua entre o DSEI/Tocantins e os municípios de sua área de abrangência como também com a SES Tocantins.

Para os profissionais dos Polos-Base e da CASAI de Araguaína, bem como para os gestores do DSEI/TO, dois critérios foram classificados como satisfatórios, um como intermediário e apenas o critério referente à capacitação dos profissionais da CASAI foi considerado insatisfatório, ao ser analisada a subdimensão serviço de apoio ao usuário indígena.

Os critérios que foram considerados satisfatórios foram confirmados na observação *in loco*. Já na percepção dos gestores do SMAC, nesta subdimensão, os critérios foram considerados insatisfatórios. Apenas o critério presença de acompanhante para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde, foi considerado satisfatório, que permite inferir sobre o desconhecimento dos gestores do SMAC sobre a política de saúde indígena.

Os discursos dos autores envolvidos na pesquisa enfatizam fortemente a garantia da presença dos acompanhantes nas instalações da

CASAI, mesmo que o acompanhamento dos indígenas aos serviços de saúde especializados seja uma atribuição dos profissionais da CASAI.

Na percepção dos dois critérios avaliados, na subdimensão organização dos serviços de saúde, segundo os entrevistados, foram classificados como intermediário e insatisfatório. Sendo que o critério referente ao tempo médio que o usuário indígena aguarda no município de origem ou na própria aldeia para agendamento de consulta e/ou exame especializado foi considerado intermediário.

Enquanto o critério do tempo médio que o paciente indígena aguarda na unidade de saúde para atendimento foi classificado como insatisfatório, ficou evidenciado que, no primeiro caso, para alguns atendimentos, o tempo aguardado é menor que três meses. Entretanto, para algumas especialidades (oftalmologia, neurologia, nefrologia, dermatologia, reumatologia), o indígena fica aguardando por um período superior a um ano.

No ano de 2016, a população de aproximadamente 11.163 indígenas, de 11 etnias, residentes em 152 aldeias, abrangendo 10 municípios do estado do Tocantins, 281 usuários indígenas aguardam mais de cinco meses para conseguir uma consulta com um especialista.

Na percepção dos entrevistados, na dimensão sociocultural, ficou corroborado que os serviços de referência de média e alta complexidade não estão preparados para a realização de atendimento diferenciado aos povos indígenas, no que se refere às questões étnicas e culturais.

Evidenciou-se nos achados que as respostas foram quase unânimes entre todos os entrevistados, classificando o critério das subdimensões: religiosidade, ambiência e relação inter e intraétnica como insatisfatórias. Apenas os gestores do DSEI que discordaram com as respostas no que se refere à religiosidade, classificando-a como intermediária. Quanto à subdimensão alimentação, os profissionais dos polos classificaram como intermediária; os gestores do DSEI, como satisfatório; enquanto os profissionais da CASAI e os gestores do SMAC classificaram como insatisfatório.

Para Pontes (2013), os indígenas foram desconsiderados como sujeitos morais, que possuem valores e conhecimentos próprios capazes de tomar decisões. Tudo isso porque, no Brasil, durante o processo de colonização, as instituições se imbuíram no projeto de "civilizar" os indígenas. Segundo Lorenzo (2011), no Brasil, há uma diversidade de cultura representada por várias etnias indígenas. Esse contexto é interessante para os

profissionais refletirem sobre a construção de uma bioética clínica capaz de atuar nas relações interétnicas.

Em relação à dimensão da religiosidade, evidenciamos que para os profissionais do Polo, CASAI e dos gestores do SMAC os serviços de saúde não garantem a realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas em suas instalações prediais, sendo o critério considerado insatisfatório.

Já para os gestores do DSEI, alguns serviços de saúde garantem a realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas em suas instalações prediais, classificando-o como intermediário. Entretanto, ficou evidenciado que os rituais religiosos são garantidos na aldeia e nas unidades do DSEI.

A subdimensão ambiência evidenciou nas entrevistas que, apesar da Lei Arouca destacar que os serviços complementares devem estar adequados para atender às especificidades da população indígena, as unidades dos serviços especializados de saúde, infelizmente, não estão adequadas arquitetonicamente para o uso de redes. Na percepção dos dados levantados, esse critério foi considerado insatisfatório. Destaca-se, neste critério, que um gestor do serviço especializado acredita que essa adequação não deve ser feita para que os demais pacientes não vejam um indígena na rede e achem que é uma discriminação. Evidenciou-se, com clareza, nas falas dos entrevistados, que as ambiências das unidades dos serviços especializados do município de Araguaína necessitam de adequações arquitetônicas para garantir o acesso integral aos indígenas.

Na percepção de todos os entrevistados, no que concerne à subdimensão relações inter e intraétnica, não há profissionais capacitados e habilitados para atuarem em contexto intercultural nos serviços de saúde especializados. Unanimemente, os entrevistados classificaram o critério como insatisfatório. Pode-se inferir que tal evidência pode estar causando desistência em tratamento, bem como evasão hospitalar.

Constatou-se, também, nas entrevistas, que os profissionais que trabalham nos Polos e na CASAI de Araguaína não fizeram nenhum curso de capacitação referente às questões inter e intraétnica. Pode-se inferir também que esses motivos podem estar ocasionando os transtornos relatados nas atas do CONSIDI, referentes aos atendimentos dos motoristas.

Na concepção de alguns antropólogos da saúde indígena, o conceito de atenção diferenciada ainda não foi operacionalizado em todas as ins-

tâncias do SUS. Infelizmente, a política de saúde indígena não conseguiu ainda desenvolver diretrizes de orientações efetivas para as equipes de saúde. Os esforços são insulados e a tendência é a “essencialização” das noções de cultura e tradição. (FERREIRA, 2013; GARNELO, 2004; LANGDON, 2004, 2007)

No que se refere à temática da subdimensão alimentação, na percepção dos gestores do DSEI, o critério foi considerado satisfatório. Já para os profissionais do Polo foi intermediário, enquanto para os profissionais da CASAI e os gestores do SMAC esse critério foi classificado como insatisfatório.

Evidenciou-se que os profissionais da CASAI de Araguaína e os gestores do SMAC classificaram o critério desta subdimensão como insatisfatório. Portanto, esse fato é muito preocupante, considerando que para a população indígena as dietas alimentares têm papel muito importante nas práticas de autoatenção. (FERREIRA, 2013)

A dimensão geográfica, especificamente a respeito de transporte para garantir o traslado dos indígenas da aldeia até a CASAI de Araguaína e, desta, aos serviços de saúde, foi a única classificada unanimemente como satisfatória. Apenas os gestores do SMAC não avaliaram essa dimensão por não conhecerem esse sistema. O achado desta pesquisa, nesta dimensão, difere de outros estudos que apontam o acesso geográfico como uma barreira para os povos indígenas buscarem atendimento nos serviços de saúde especializados, bem como da pesquisa realizada por Gomes (2013).

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, no contexto de média e alta complexidade, são instâncias de controle social, destinadas ao estabelecimento de uma relação intercultural e/ou interétnica para a construção de entendimentos comuns sobre o sistema de saúde e para a adequação das ações e dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) orienta que a composição dos conselhos indígenas se dê de forma paritária, com 50% de usuários e 50% de representantes de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos. (MARTINS, 2013)

Benevides (2012) afirma que a criação dos CONDISI proporcionou a relação de comunicação entre os povos indígenas e o Estado, bem como a constituição de novos espaços de interação. Benevides (2012, p. 116) ressal-

ta que “existe um descompasso entre a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social e realização prática desse controle. [...]”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à média e alta complexidade para a população indígena e não indígena é uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde e, no entanto, é seu principal gargalo. Os resultados da pesquisa demonstraram que o não cumprimento de forma satisfatória dos critérios que compõem as dimensões e as subdimensões constituíram-se barreiras de acesso para os usuários indígenas nos serviços de saúde.

Dentre as dimensões analisadas, a dimensão sociocultural teve o pior desempenho para garantir o acesso da população indígena aos serviços de saúde especializados na percepção de todos os atores envolvidos no estudo, sendo enfatizada a falta de qualificação dos profissionais das referências ao atendimento aos usuários. No que se refere às barreiras na dimensão sócio-organizacional, destacam-se: a fragilidade no fluxo estabelecido entre os Polos para encaminhamento de pacientes à Araguaína e o tempo de espera para marcação das consultas e exames, que são longos chegando a alguns casos a aguardarem anos. Por sua vez, a dimensão que obteve o melhor desempenho foi a geográfica, sendo considerada satisfatória, devido à proximidade que as aldeias da região estudada têm com os municípios de referência.

A garantia de acesso integral à saúde, conforme preconizada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, depende do fortalecimento de uma rede de serviços de atenção básica de saúde nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura e acesso e aceitabilidade social, mas ainda de um conjunto de ações que permitam suplantar as barreiras de acesso à média e alta complexidade, contemplando as particularidades históricas e culturais dos povos indígenas, pautadas na universalidade e integralidade como direito do usuário. Ainda, o não rechaço à demanda, a humanização e a qualidade da assistência devem figurar como princípios organizativos necessários para garantir a oferta organizada e a ampliação do acesso no SUS.

REFERÊNCIAS

ALTINI, E.; RODRIGUES, G.; PADILHA, L. *et al.* (org.). *A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência em saúde nas comunidades indígenas*. Brasília, DF: Conselho Indigenista Missionário, 2011.

BENEVIDES, L. *O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética*. 2012. Tese (Doutorado em Bioética) - Programa de Pós-graduação em Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A.; NASCIMENTO, W. *et al.* Atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. Luciana Tempus. *Actas de saúde coletiva*, Brasília, DF, v. 8, n. 1, p. 29-39, 2014.

BITTENCOURT, M. F.; TOLEDO, M. E.; ARGENTINO, S. *et al.* *Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde*. São Paulo: Associação Indígena Sem Limites, 2005.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, v. 1, p. 24-86, 5 fev. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0023. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 28 ago. 1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/3156. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. *FUNAI*, Brasília, DF, [201-]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, p. 25-694, 31 dez. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 24 set. 1999b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas*: aprovada pela portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999. Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 34, 1 out. 1999c. Disponível em: <http://www.indigena.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=31>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Resolução 2, de 27 de outubro de 1994. Aprova o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 199, 20 out. 1994. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=15&data=04/11/1994&captchafield=firistAccess>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Resolução 304, de 9 de agosto de 2000. Aprova o “Aprovar as seguintes Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas”. *Diário Oficial da União*: seção 1, 10 ago. 2000. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/06._Resolu%C3%A7%C3%A3o_304_2000_Povos_Ind%C3%ADgenas.PDF. Acesso em: 20 jun. 2015.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Polo-base de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.
- FERREIRA, L. O. *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).
- GARNELO, L. *Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004: documento de trabalho nº 9*. Porto Velho, 2004. (Atividades de pesquisa, ensino e extensão do Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia).
- GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, C. C. A. et al. *Saúde bucal por ciclos de vida*. Campo Grande: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
- GOMES, S. C. *Acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá-MT*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- IBGE. *Anuário estatístico do Brasil: Censo*. Brasília, DF: IBGE, 2014.
- LANGDON, E. J. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 7-12, 2007.
- LANGDON, E. J. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., 1999, Isla de Margarita. *Anais [...]*. Isla de Margarita: Clacso, 1999. p. 5-14.
- LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LONGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria: ABA, 2004. p. 36-196.
- LIMA, A. C. S. *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- LORENZO, C. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Revista bioética*, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011.
- MARTINS, A. L. *Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do subsistema de atenção à saúde indígena*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 2013.
- MATUS, C. *Política, planejamento & governo*. 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1997.
- PONTES, A. L. M. *Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da política de saúde indígena*. 2013. Tese (Doutorado em

Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 2013.

ROCHA, D. F.; PORTO, M. F. S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 383-392, 2019.

SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M.; GARNELO, L. *et al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1035-1056.

SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M.; GARNELO, L. *et al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 911-930.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil). *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 49-68.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-204.

SOBRE OS AUTORES

ANA ANGÉLICA RIBEIRO DE MENESES E ROCHA

Médica pediatra. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (Fasa), do ISC/UFBA.

ANA CLAUDIA DIAS BASTOS

Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde e em Gestão da Clínica nos Hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) – I. Sírio Libanês. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Aires.

ANA CRISTINA SOUTO

Nutricionista. Mestre e doutora em Saúde Coletiva. Professora associada do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Programa de Pesquisa em Vigilância Sanitária do ISC/UFBA.

ANA YDEPLYNYA GUIMARÃES AMARO

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e Saúde Coletiva pela Faculdade Antonio Propicio Aguiar Franco (FAPAF) e em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Enfermeira do Hospital Regional de Araguaína, no Tocantins.

ANDREA SIQUEIRA MONTALVÃO

Assistente social. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) e em Tecnologias Educacionais para Prática Docente no Ensino pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do curso de especialização de Saúde Pública da Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS) e UFT.

ANDREIS VICENTE DA COSTA

Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Diretor de Governança e Conformidade Hospitalar na Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria da Saúde do Tocantins (SES-TO).

CARMEN FONTES DE SOUZA TEIXEIRA

Médica. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente do Progra-

ma de Pós-Graduação do ISC/UFBA, do Bacharelado Interdisciplinar (BI) em Saúde e do mestrado do Programa de Estudos Interdisciplinares sobre universidade, da UFBA. Pesquisadora do Observatório de Análise de Política em Saúde Coletiva.

CATHARINA LEITE MATOS SOARES

Odontóloga. Especialista em docência. Mestre e doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Diretório de Pesquisa em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e pesquisadora do Observatório de Análise de Política em Saúde Coletiva.

CESAR MARTINS BARBOSA

Graduado em Hotelaria Hospitalar. Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo, Docência na Educação Profissionalizante no Instituto Federal do Tocantins (IFTO). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutorando em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Gestor em Saúde da Secretaria da Saúde do Tocantins (SES-TO).

CLAUDIA VIRGÍNIO DE SOUZA CALDEIRA

Enfermeira e administradora. Especialista em Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Enfermeira do Hospital e Maternidade Dona Regina, da Secretaria da Saúde do Tocantins (SES-TO).

DEBORAH DANIELA MADUREIRA TRABUCO CARNEIRO

Médica veterinária. Mestra em Ciência Animal nos Trópicos pela Escola de Medicina Veterinária e Zootecnia (EMEVZ) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Pesquisadora do Laboratório de Monitoramento de Doenças pelo Sistema de Informações Geográficas (LamdoSIG/UFBA).

DÉBORA PETRY

Enfermeira. Especialista em Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – Sírio-Libanês. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Diretora-geral do Hospital e Maternidade Dona Regina de Palmas, em Tocantins.

EDINÁ ALVES COSTA

Veterinária. Mestra em Saúde Comunitária, doutora em Saúde Pública e professora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), membro fundadora do Programa Integrado em Vigilância Sanitária no ISC/UFBA e do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária (GTVISA) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

EDIVALDO PEREIRA DA SILVA AMORIM

Tecnólogo em Processamento de Dados. Especialista em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e em Saúde Coletiva, com concentração em Planejamento em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Técnico/gestor na Diretoria de Atenção Primária em Saúde da Secretaria de Saúde do Tocantins (SES-TO).

ÉRICA SANTOS DE ARAGÃO

Economista. Mestre em Economia e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do ISC/UFBA. Membro do Programa Integrado Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde do ISC/UFBA e o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) de Inovação em Doenças Negligenciadas, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS).

FLORISNEIDE RODRIGUES BARRETO

Bióloga. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora associada do ISC/UFBA. Estuda doenças transmissíveis, dengue, análise espacial.

ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

Assistente Social. Professora e diretora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA. Coordenadora do Programa Integrado Trabalho, Educação e Gestão na Saúde e membro do Conselho Gestor do Observatório de Análise Política na Saúde ISC/UFBA.

LAUDECY ALVES DO CARMO SOARES

Graduada em Direito. Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e MBA em Gerenciamento de Projetos Governamentais pela Universidade Estadual do Tocantins (Unitins). Mestre em Educação Profissional em Saúde. Diretora de Atenção Primária da Secretaria da Saúde do Tocantins (SES-TO).

LENY ALVES BOMFIM TRAD

Doutora em Ciências Sociais em Saúde pela Universidad de Barcelona. Professora titular do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde coordena o Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (Fasa). Bolsista de Produtividade em Pesquisa (PQ1d) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

LILIANA SANTOS

Psicóloga. Mestre em Psicologia. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do ISC/UFBA e membro do Programa Integrado Trabalho, Educação e Gestão na Saúde.

LUIS EUGÊNIO PORTELA FERNANDES DE SOUZA

Médico. Doutor em Saúde Pública. Professor do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor associado do ISC/UFBA. Vice-presidente da World Federation of Public Health Associations (2020-2022). Bolsista de Produtividade em Pesquisa (PQ2) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

MÁRCIA VALÉRIA RIBEIRO DE QUEIROZ SANTANA

Odontóloga. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) e em Gestão Pedagógica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Saúde Coletiva. Gestora em Saúde, gerente de Áreas Estratégicas para os Cuidados Primários, Diretoria de Atenção Primária – Secretaria da Saúde do Tocantins (SES-TO).

MÁRCIO SANTOS DA NATIVIDADE

Biólogo. Mestre e doutor em Saúde Pública com ênfase em Epidemiologia, pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor adjunto do ICS/UFBA. Pesquisador dos Programas Integrados em Epidemiologia e Avaliação de Impactos na Saúde das Populações e em Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde (Pecs).

MARGARETH SANTOS DE AMORIM

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pré-Natal e em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do Centro Universitário Luterano de Palmas e enfermeira da Secretaria da Saúde do Tocantins (SES-TO).

MARIA DEUZINA ALVES LEMOS

Enfermeira. Especialista em Educação Ambiental e Sanitária pela Faculdade de Amparo. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

MARIA LUÍZA SALAZAR FREIRE

Enfermeira. MBA em Gerenciamento de Projetos Governamentais pela Universidade Estadual do Tocantins (Unitins) e especialização em Saúde Coletiva, concentração Planejamento em Saúde, pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA. Gerente de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria da Saúde do Tocantins (SES-TO).

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Professora adjunta do ISC/UFBA. Membro do Diretório de Pesquisa em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO

Psicóloga. Mestra e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do ISC/UFBA. Membro do Diretório de Pesquisa em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e pesquisadora do Observatório de Análise de Política em Saúde Coletiva.

PAULO HENRIQUE MENDES TEIXEIRA

Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Tocantins (UFT) e em Pneumologia Sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Gerente de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS)/Escola Técnica do SUS (ETSUS), Secretaria de Saúde do Tocantins (SES-TO).

RAIMUNDA FORTALEZA DE SOUSA

Pedagoga. Especialista em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em Avaliação por Competências (Hospital Sírio-Libanês). Secretária-geral de Ensino da Secretaria Geral de Ensino (SGE)/ Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS).

REGIANY CALAZANS LAMEIRA

Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência em Enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) e em Regulação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) – Sírio Libanês. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Técnica do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Geral Público de Palmas.

SÉRGIO LUÍS DE OLIVEIRA SILVA

Geógrafo. Especialista em Saúde Ambiental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Diretor de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, na Secretaria de Saúde do Tocantins (SES-TO).

SHEILA MARIA ALVIM DE MATOS

Nutricionista. Mestra e doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora e coordenadora do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil) na Bahia.

..... **COLOFÃO**

Formato	.....	17 x 24 cm
Tipografia	.....	Museo & Museo Sans
Papel	.....	Alcalino 75 g/m ² (miolo) Cartão Supremo 300 g/m ² (capa)
Impressão	.....	Edufba
Capa e Acabamento	.....	Cian Gráfica
Tiragem	.....	100 exemplares



ISBN 978-65-5630-106-8



9 786556 301068

Esta coletânea reúne os trabalhos da 16ª edição do curso de mestrado profissional do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizado em Palmas, no Tocantins.

A obra reflete um encontro especialmente fértil entre conhecimento científico e tecnológico e experiência prática no planejamento, gestão ou assistência em saúde e se dirige a gestores, profissionais de saúde e pesquisadores interessados em pesquisa e inovação tecnológica visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Busca-se suprir, com esta publicação, uma dupla lacuna: a escassez de livros que integrem pesquisas produzidas no âmbito de mestrados profissionais em Saúde Coletiva – são menos raras publicações individualizadas em artigos – e a baixa visibilidade da realidade sanitária da região Norte do Brasil, notadamente do Tocantins.

