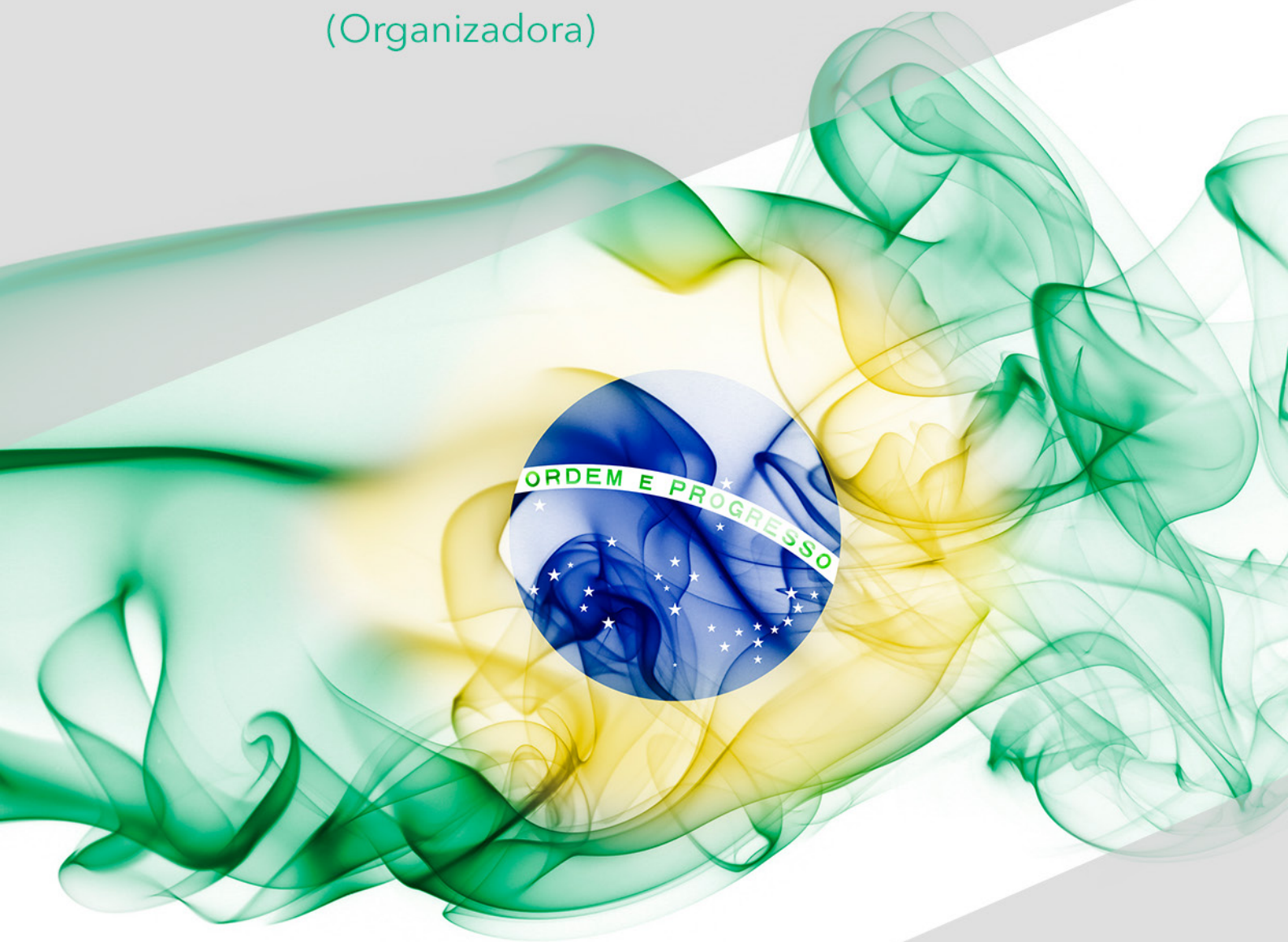


Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico 5

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2018

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)

**Políticas Públicas no Brasil: Exploração e
Diagnóstico**
5

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P769 Políticas públicas no Brasil [recurso eletrônico] : exploração e diagnóstico 5 / Organizadora Luciana Pavowski Franco Silvestre – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-063-6

DOI 10.22533/at.ed.636192201

1. Administração pública – Brasil. 2. Brasil – Política e governo.
3. Planejamento político. 4. Política pública – Brasil. I. Silvestre,
Luciana Pavowski Franco. II. Série.

CDD 320.60981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O e-book “Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico” apresenta 131 artigos organizados em sete volumes com temáticas relacionadas às políticas de saúde, educação, assistência social, trabalho, democracia e políticas sociais, planejamento e gestão pública, bem como, contribuições do serviço social para a formação profissional e atuação nas referidas políticas.

A seleção dos artigos apresentados possibilitam aos leitores o acesso à pesquisas realizadas nas diversas regiões do país, apontando para os avanços e desafios postos no atual contexto social brasileiro, e permitindo ainda a identificação das relações e complementariedades existentes entre a atuação nos diferentes campos das políticas públicas.

Destaca-se a relevância da realização de pesquisas, que tenham como objeto de estudo as políticas públicas, bem como, a disseminação e leitura destas, visando um registro científico do que vem sendo construído coletivamente na sociedade brasileira e que deve ser preservado e fortalecido considerando-se as demandas de proteção social e de qualificação da atuação estatal em conjunto com a sociedade civil em prol da justiça social.

Boa leitura a todos e todas!

Dra. Luciana Pavowski Franco Silvestre

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E AÇÕES NO PET-SAÚDE DA UFBA PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
<i>Márcia Santana Tavares</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922011	
CAPÍTULO 2	10
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UMA COMARCA DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO JUDICIÁRIO	
<i>Mariana Lira de Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922012	
CAPÍTULO 3	20
A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	
<i>Antônio Horácio Fernandes da Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922013	
CAPÍTULO 4	37
A INSERÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TDAH	
<i>Maria Laís Costa Campos</i>	
<i>Roseanne Cristina Bressan Almeida</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922014	
CAPÍTULO 5	47
A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA	
<i>Maria Carlota de Rezende Coelho</i>	
<i>Rosangela Alvarenga Lima</i>	
<i>Silvia Moreira Trugilho</i>	
<i>Maristela Dalbello - Araujo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922015	
CAPÍTULO 6	59
A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	
<i>Debora Holanda Leite Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922016	
CAPÍTULO 7	70
A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUÉRPERL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTAS PARA POTENCIALIZAR A CAPACIDADE DE ESCUTA DA MULHER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>Cristiane Medeiros dos Santos</i>	
<i>Débora Holanda Leite Menezes</i>	
<i>Juan da Cunha Silva</i>	
<i>Neusa Iara Andrade dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922017	

CAPÍTULO 8 78

AUDITORIA POR RESULTADOS: PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A FILOSOFIA DA MELHORIA CONTINUA

Adriana Nascimento Santos Cartaxo

DOI 10.22533/at.ed.6361922018

CAPÍTULO 9 97

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O EMPODERAMENTO DA GESTANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL

Mara Julyete Arraes Jardim

Andressa Arraes Silva

Lena Maria Barros Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.6361922019

CAPÍTULO 10 109

COTIDIANO DE MULHERES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Bruna da Silva Oliveira

Yana Thalita Barros de Oliveira Castro

Líscia Divana Carvalho Silva

Patrícia Ribeiro Azevedo

Andrea Cristina Oliveira Silva

Marli Villela Mamede

DOI 10.22533/at.ed.63619220110

CAPÍTULO 11 120

DESAFIOS PARA A DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Maria Laís Costa Campo

Greyce Kelly Cruz de Sousa França

Paulo Guilherme Siqueira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.63619220111

CAPÍTULO 12 130

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA 2009 A 2014: INSTRUMENTO DE AUXÍLIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

Francilene Jane Rodrigues Pereira

Cesar Cavalcanti da Silva

Eufrásio de Andrade Lima Neto

DOI 10.22533/at.ed.63619220112

CAPÍTULO 13 139

MOVIMENTO DE REFORMA PSQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

Rafael Britto de Souza

Isabella Nunes de Albuquerque

Claudia Teixeira Gadelha

Lúcio Flávio Gomes de Lima

DOI 10.22533/at.ed.63619220113

CAPÍTULO 14 148

O DIÁLOGO NECESSÁRIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Fernanda Maia Gurjão
Mariana Lima dos Reis
Mariana Carla Saraiva Monteiro
Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho
Lucia de Fátima Rocha Bezerra Maia

DOI 10.22533/at.ed.63619220114

CAPÍTULO 15 158

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS JUNTO A IDOSOS E SEUS ACOMPANHANTES E A QUESTÃO DA SUA INSTRUMENTALIDADE

Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Patrícia Barreto Cavalcanti
Carla Mousinho Ferreira Lucena

DOI 10.22533/at.ed.63619220115

CAPÍTULO 16 166

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINA- PIAUÍ

Leila Leal Leite

DOI 10.22533/at.ed.63619220116

CAPÍTULO 17 177

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: RESULTADOS EM SOBRAL-CE

Leandro Fernandes Valente
Antonia Sheilane Carioca Silva
Andressa de Oliveira Gregório
Heliandra Linhares Aragão
Mônica dos Santos Ribeiro
Patrícia Thays Alves Pereira

DOI 10.22533/at.ed.63619220117

CAPÍTULO 18 185

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

Jamyle Martins de Sousa
Luana Pereira do Nascimento Lima
Elane Cristina Matias Sousa
Olney Rodrigues de Oliveira
Lucia Conde de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.63619220118

CAPÍTULO 19 196

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Mayara Ceará de Sousa
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.63619220119

CAPÍTULO 20	206
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
<i>Sâmia Luiza Coêlho da Silva</i>	
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220120	
CAPÍTULO 21	218
TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL	
<i>Thiago de Oliveira Machado</i>	
<i>Tatiane Valéria Cardoso dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220121	
SOBRE A ORGANIZADORA	228

COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E AÇÕES NO PET-SAÚDE DA UFBA PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Márcia Santana Tavares

Assistente Social, Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Sergipe, Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia, Professora Adjunta do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo (PPGNEIM/UFBA). Pesquisadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Mulher e Relações de Gênero (NEIM/UFBA) e membro do Observatório pela Aplicação da Lei Maria da Penha (OBSERVE/NEIM/UBA).

RESUMO: Este artigo compartilha uma experiência de formação de alunas/os e preceptoras do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde da Universidade Federal da Bahia, na comunidade do Calabar, em Salvador/Ba, no período 2012-2014. Mais precisamente, relata a experiência de formação e sua influência no planejamento e realização de ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, que envolveu a participação de discentes e docentes de diferentes cursos da universidade, de modo a imprimir ao projeto uma perspectiva de gênero e interdisciplinar na abordagem das multicausalidades da violência contra as mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: PET-Saúde; Gênero; Interdisciplinaridade; Formação Acadêmica.

ABSTRACT: this article shares an experience of formation to students and governesses of the Program of Education to the Job of the Health –PET-Health– of the Federal University of Bahia, in community of Calabar in Salvador/BA in 2012-2014 period. More accurately, it relates the experience of formation and your influence on the planning and realization of actions of prevention and combat to violence against woman, wich has involved the participation of students and teachers of different courses of the University, imprinting to the project a perspective of gender and interdisciplinary on the approach of the multcasualties of violence against woman.

KEYWORDS: PET-Health; Gender; Interdisciplinarity; Academic Formation.

1 | NOTAS PARA INSERIR A DISCUSSÃO DE GÊNERO NO PET-SAÚDE

Neste artigo, a partir da minha experiência como tutora no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde na Universidade Federal da Bahia, pretendo socializar atividades de formação voltadas para estudantes de graduação e preceptoras, para atuarem na prevenção e combate à violência contra as mulheres, na comunidade do Calabar, em Salvador/BA. O trabalho foi estruturado da

seguinte forma: Inicialmente, teço considerações sobre o Programa, justifico a escolha da comunidade e o foco das ações. Em seguida, discuto os caminhos metodológicos, com ênfase nas atividades de capacitação e as ações decorrentes do processo coletivo e interativo, dificuldades enfrentadas e estratégias adotadas, bem como apresento os resultados alcançados até o presente momento. Nas considerações finais, aponto alguns desafios para implementação de novas ações e para fortalecer a aproximação com as moradoras/es e o seu engajamento no próprio processo de prevenção e combate à violência contra as mulheres.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08 tem como principais objetivos fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, promover programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da Saúde, bem como proporcionar a iniciação ao trabalho, estágios e vivências aos estudantes. Para tanto, o programa oferece como incentivo o pagamento de bolsas para tutores, preceptores (profissionais que atuam nos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. (BRASIL, 2009).

Quando o edital 2012 foi lançado, encaminhei uma proposta que tinha como eixo central a violência contra as mulheres, já que desde 2010 atuo no Observatório pela Aplicação da Lei Maria da Penha – OBSERVE, sediado no Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher – NEIM/UFBA, em estudos e atividades de monitoramento sobre as condições dos serviços e os desafios para a implementação da Lei, cujos resultados revelam, dentre outras coisas, o desconhecimento das mulheres soteropolitanas sobre a tipologia da violência, os direitos assegurados pela Lei e os serviços que compõem a rede de proteção.

Na ocasião, escolhi como local das ações a comunidade do Calabar, que fica situada no entorno do campus de São Lázaro, onde ficam a sede do NEIM e o curso de Serviço Social no qual sou professora. A minha intenção era fomentar uma maior integração entre a universidade, a comunidade e os serviços disponíveis na área.

Na comunidade, localizada entre o Alto das Pombas e os bairros de classe média de São Lázaro e Ondina, Morro do Gato e Jardim Apipema, residem cerca de 22.000 famílias de baixa renda, afrodescendentes, sem acesso à infraestrutura e saneamento básico, além de outros serviços sociais. Além disso, pude observar que o campus é utilizado pelos moradores adultos como passagem para o bairro de São Lázaro, enquanto as crianças e adolescentes caçam passarinhos ou sobem nas mangueiras sob o olhar censor dos vigilantes. Isso porque, conforme esclareço em outro momento:

Durante muito tempo, a imagem do Calabar foi associada à violência, intensificada pelo tráfico de drogas e brigas de gangues rivais, o que contribuiu para estigmatizar os moradores que, mesmo ao preencherem fichas para atendimento na Unidade de Saúde do Bairro, costumavam omitir o endereço residencial, informando o nome do bairro mais próximo, segundo informações de uma das preceptoras, que é enfermeira na USB. No entanto, desde 2011, a implantação da 1ª Base Comunitária de Segurança, inspirada nas Unidades de Polícia Pacificadora – UPP's do Rio de

Todavia, a violência contra as mulheres nas relações conjugais permanece envolta em um pacto de silêncio, ou seja, as desavenças entre os casais remetem ao âmbito privado e, casos mais graves são tratados por meio de aconselhamento de grupos religiosos ou palestras promovidas pela Base Comunitária, sem uma ação mais efetiva que assegure às mulheres orientação sobre as modalidades de violência a que são submetidas, quais os serviços de proteção e os direitos assegurados pela Lei Maria da Penha, informações relativas à rede de atendimento ou mesmo encaminhamento aos serviços, o que me convenceu a tomar como eixo das ações do PET-Saúde a violência contra as mulheres, extrapolando o âmbito doméstico e familiar (TAVARES, id.).

Por outro lado, atuar como professora-tutora de um grupo do PET-Saúde implicava em coordenar um grupo de estudantes de graduação, em parceria com preceptoras (profissionais da unidade de saúde), conferindo complementaridade ao seu processo de formação acadêmica, mediante a promoção de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Ao esboçar o anteprojeto do PET, pensei: Como a minha formação em Serviço Social e o meu interesse como pesquisadora das questões de gênero e da violência contra as mulheres poderia contribuir para fomentar uma atuação coletiva e interdisciplinar desde o planejamento à execução das ações?

Decidi, então, incentivar o desenvolvimento de uma ação de cunho sócio-educativo, de modo a ampliar o olhar das/os estudantes e preceptoras no tocante a marcadores sociais que se intersectam e contribuem para o crescimento da desigualdade social, com ênfase na violência contra as mulheres, a qual se constitui em um fenômeno recorrente na comunidade do Calabar. Neste sentido, era fundamental agregar à abordagem os aspectos sociais e culturais, ou seja, levar as/os discentes e as preceptoras a compreenderem as diferentes modalidades da violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública.

Para tanto, as atividades foram planejadas coletivamente, tomando como base a realidade local, isto é, do bairro e da própria cidade. Assim, levei em conta as dificuldades enfrentadas pela saúde na capital baiana, em particular a redução/instabilidade de vínculo trabalhista do quadro funcional e de investimentos que tem contribuído para a precarização dos serviços prestados nas Unidades de Saúde da Família, refletindo-se na diminuição de usuários que buscam a USF, mas também no desestímulo de alguns profissionais, o que apontou para a necessidade de pensar diferentes estratégias para conquistar a adesão das preceptoras ao projeto, bem como abordar a temática e sensibilizar a população.

Além disso, não podia ignorar que as preceptoras (uma odontóloga e duas enfermeiras), assim como o grupo de alunos, oriundos de diferentes cursos (odontologia, psicologia, medicina, nutrição, enfermagem, serviço social, farmácia, fonoaudiologia), apresentavam noções sobre a violência contra as mulheres ora baseadas no senso comum, ora restritas às implicações decorrentes de agressões

físicas, o que indicava a necessidade de uma capacitação, uma vez que pretendia adotar uma perspectiva de gênero na abordagem da violência durante o processo interventivo.

Neste sentido, o primeiro passo seria introduzir as/os alunas/os e preceptoras na discussão acerca das questões de gênero e sobre a violência contra as mulheres, cujos instrumentos eu discutirei no próximo tópico.

2 | CAPACITAR PARA ENFRENTAR A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO PET-SAÚDE

Pensar uma capacitação requer definir os objetivos a serem alcançados, neste caso, levar estudantes e preceptoras a reconhecerem que ser homem ou ser mulher não consiste em mero feito natural, biológico e, que sexo e gênero não são sinônimos. Então, fazia-se necessário introduzir a discussão sobre o termo gênero, referente a oposições que ultrapassam a anatomia, o sexo biológico de homens e de mulheres que, de fato, é diferente. Em outras palavras, revelar-lhes que o gênero se constitui em um produto social, aprendido, representado, institucionalizado e reproduzido de uma geração para outra, a partir do qual o poder é distribuído de forma desigual entre os sexos, fazendo com que as mulheres tenham uma posição subalterna na organização da vida social (SORJ, 1992), o que tem contribuído para a trivialização da violência doméstica e familiar, apesar das políticas de enfrentamento implementadas nos últimos anos.

Do mesmo modo, acreditava que a discussão de gênero, por sua vez, ajudaria estudantes e preceptoras a compreenderem a violência de gênero como qualquer forma de violência que, alicerçada na organização social dos sexos, é praticada contra pessoas, em virtude da sua condição de sexo ou orientação sexual. A violência perpetrada pelos homens contra as mulheres se apresenta diversa tanto histórica como numericamente, sua manifestação se revela não só como fenômeno estruturado, mas também como fator estruturante da organização social de gênero nas sociedades contemporâneas (SAFFIOTI & ALMEIDA, 1995).

Finalmente, a capacitação deveria abordar a importância de incorporar a perspectiva de gênero na formulação de políticas públicas. Conforme ressaltam Schmidt, Anhucci e Carloto (2005, s/p):

A construção de políticas públicas, sob a perspectiva de gênero, deve constituir-se em novas propostas, que vão contra aos modelos de dominação-exploração dos homens sobre as mulheres e que tais políticas, possam abrir caminhos de participação da mulher nos espaços públicos, não restringindo sua ação à esfera doméstica.

A constituição de políticas sociais demanda um grau de generalização para que um “problema social” seja elaborado. Entretanto, atualmente, torna-se essencial, nessa formulação, a complementaridade entre vários enfoques – gênero, classe, geração e

etnia – na compreensão das tramas sociais por onde se produzem e reproduzem as desigualdades, bem como se entrecruzam as demandas e possibilidades de acesso a direitos. Um exame da gestão social das questões de gênero, raça/etnia e geração entre outros marcadores sociais pode contribuir para o entendimento dessa questão (DELGADO & TAVARES, 2012).

Assim, esbocei um plano de capacitação, que envolvia leitura e discussão de textos e/ou de rodas de conversa com profissionais convidados, realizadas durante as reuniões quinzenais do grupo, na Faculdade de Enfermagem, mas também um minicurso sobre gênero e feminismo promovido na Faculdade de Filosofia, especialmente para as/os bolsistas do PET-Saúde e preceptoras.

As rodas de conversa contaram com a participação de professoras convidadas pelo grupo, a exemplo de Aldevina Santos e Natália Silveira, que discutiram temas como Tráfico de Pessoas e Despatologização da transexualidade, apresentando às/aos participantes noções gerais sobre cada tema, ao mesmo tempo em que ilustraram desde a omissão e o preconceito da sociedade, até a discriminação e pouco acesso a direitos, ou melhor, a fragilidade das políticas voltadas para determinados segmentos sociais.

Já no minicurso, intitulado de “Gênero, Violência e Hip Hop Feminista”, ministrado por Rebeca Sobral Freire, como atividade de tirocínio docente no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre mulheres gênero e feminismo (PPGNEIM/UFBA), sob minha orientação, teve como objetivos proporcionar às/aos participantes uma melhor compreensão acerca da trajetória da construção do conceito de gênero como categoria analítica, histórica e relacional, a partir do diálogo interdisciplinar com as Ciências Humanas e os Estudos Feministas, ao fomentar seu uso na academia e no processo de intervenção social, dado seu significado teórico-metodológico e político, bem como identificar sua dinâmica e intersecção com outras categorias como sexualidade, geração, raça e etnia entre outras, diante dos paradigmas clássicos e contemporâneos. O curso foi constituído de três módulos, oferecidos nos finais de semana, de julho até agosto de 2013, na Faculdade de Filosofia, cuja sistematização resultou em um curta metragem.

A leitura e discussão de artigos científicos e relatórios de pesquisa sobre violência contra as mulheres, durante as reuniões de planejamento quinzenais ou na sede da USF, durante as atividades semanais, ofereceram o aporte teórico para abordarmos a temática com as mulheres do Calabar. Todavia, uma indagação permanecia: como capturarmos sua atenção? O encontro com o agente comunitário Clélio Araújo, que à época conduzia a rádio comunitária, levou-me a propor a criação de um programa de rádio, direcionado para as mulheres da comunidade. Assim surgiu o programa “*Essa mulher sou eu...*”, em alusão à canção popular, tocada incessantemente nos alto-falantes dispostos em postes da comunidade, que transmitiam a programação da rádio local. Em outro momento, explico que:

O programa de rádio aborda vários assuntos: dicas de saúde, horóscopo, resumo de novelas e notícias do dia, anúncios de emprego e/ou cursos de qualificação

profissional. Mas, traz também entrevistas e uma radionovela, cujo *script* é escrito pelas/os alunas/os, com a orientação das preceptoras e, sob a minha supervisão, discutido conjuntamente nas reuniões de planejamento, desde o tema ao conteúdo das reportagens e entrevistas, sempre associadas ao assunto discutido em cada capítulo da radionovela que, por sua vez, faz alusão a situações/acontecimentos frequentes em Salvador e no Brasil. (TAVARES, 2013)

Cabe ressaltar que, para abordar os temas propostos, as entrevistas eram realizadas com professoras/es da UFBA ou profissionais convidados, o que nos possibilitou ampliar a discussão. Assim, contamos com a colaboração de Cândida Ribeiro (Violência de Gênero); Josimara Delgado (Gênero e envelhecimento); Raimundo Gouveia (Homofobia); Laila Rosa (A violência nas músicas de pagode), inclusive eu, que fui entrevistada no primeiro programa e, na ocasião esclareci às/aos ouvintes sobre a questão de gênero (Gênero, o que é isso?). O programa apresentou também temas como violência familiar contra a criança e o adolescente, racismo, assédio moral e sexual no ambiente de trabalho, violência contra a pessoa idosa e *bullying* entre outros.

Ao mesmo tempo, a necessidade de provocar a reflexão sobre as diferentes modalidades de violência, levou o grupo a elaborar materiais complementares de caráter educativo e interativo: 1) Uma cartilha sobre combate à violência contra a mulher, em que se elaborou um material específico para a comunidade do Calabar, tanto no aspecto estético, quanto na forma de intervenção, recorrendo a uma linguagem acessível e ilustrações feitas pelos próprios membros do PET, com o objetivo de refletir os efeitos da violência, indicar formas de enfrentamento, bem como divulgar órgãos e instituições de apoio às vítimas, desenhada e escrita pelo grupo para trabalhar o tema com as moradoras. Esta cartilha foi impressa pela Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis da UFBA e distribuída para os participantes do evento “UFBA em Paralaxe – no enfrentamento à violência de gênero”, que trouxe como tema A Violência de Gênero e a Universidade, realizado em dezembro de 2013; 2) foi também elaborada uma cartilha que discute *bullying*, para as ações com alunas/os das escolas da comunidade e do entorno, em que se procurou imprimir um caráter didático, mas também lúdico, mediante a utilização de história em quadrinhos, palavras cruzadas e caça palavras com informações referentes ao tema, de modo a levar as/os alunas/os das escolas visitadas a refletirem sobre suas condutas e resignificarem suas interações; 3) o grupo produziu ainda um folder sobre violência contra crianças e adolescentes, com o objetivo de orientar a Rede Educacional do Calabar sobre como identificar sintomas de violência e maus tratos nas/nos alunas/os, mas, também, fornecer informações sobre as modalidades de violência, quais as legislações que as/os protegem e a que instituições denunciar quando constatada a violência.

As atividades envolveram também as seguintes atividades: 1) A formação de um Grupo de Idosos, com o objetivo de estreitar laços com a comunidade, promover ações de educação em saúde no território e reconstituir a história do bairro a partir de diversas óticas, com foco na violência, cujos encontros são mensais. A ideia de criação do grupo partiu da observação de uma crescente população de idosos na comunidade,

com poucos espaços de lazer e interação; 2) a realização de rodas de conversa com mulheres sobre violência de gênero, em que eram discutidas situações corriqueiras nas relações conjugais, nem sempre interpretadas por elas como violência, mas também eram feitos questionamentos pelas participantes acerca dos direitos assegurados pela Lei Maria da Penha e a rede de atendimento, além de se constituir em um momento em que manifestavam dúvidas e desabafavam suas dores; 3) a realização de salas de espera na Unidade de Saúde, sobre temas como alimentação saudável, hipertensão, diabetes, tornando o período de espera pelas consultas médicas um momento de troca de experiências e socialização de informações; 4) o desenvolvimento da pesquisa “Que diferença da mulher o homem tem: traçados da Violência de gênero”, em que se buscou conhecer e analisar as percepções de homens e mulheres do Calabar sobre diferenças de gênero e violência contra a mulher, cujos resultados parciais foram apresentados na Mostra PET, em 2014; 5) a realização de encontros com alunos e mães da Escola Municipal Casa da Amizade, localizada nas adjacências da comunidade, visando a promoção de saúde e prevenção da violência no convívio social.

3 | PONDERAÇÕES PARA PRÓXIMAS INTERVENÇÕES

O grupo do Calabar teve como foco a violência contra as mulheres e, procurou abordar suas diferentes modalidades, de modo a esclarecer as moradoras sobre os seus direitos e orientá-las acerca da rede de atendimento e os serviços de proteção. Contudo, outras formas de violência também atingiam os membros do grupo familiar, o que me levou a ampliar o raio de discussão, estendendo-o para crianças, adolescentes e idosos. Neste sentido, o planejamento das atividades envolveu leituras, discussões sobre como prestar informações sem recorrer à linguagem técnica e/ou acadêmica, de modo a assegurar a compreensão do público alvo, mas também capacitar as/os estudantes quanto às questões de gênero e a tipologia da violência contra as mulheres entre outras questões.

A experiência com o grupo do PET se revelou um aprendizado contínuo a cada temática trabalhada. Ao mesmo tempo, percebi a necessidade de reforçar o espírito de grupo e determinação diante da dificuldade de alguns alunos conciliarem os horários das atividades de sala de aula com a monitoria, outros que solicitaram transferência e/ou deixaram o projeto em virtude da conclusão do curso de graduação, desestabilizando momentaneamente o grupo, o que exigiu readaptações e recomeços. No entanto, a vontade de acertar e contribuir para a melhoria das condições de vida da população, em particular, para que as mulheres do Calabar conhecessem os seus direitos e pudessem lutar pelos mesmos impeliu o grupo a superar quaisquer adversidades e, procurar aprender mais para oferecer à população atividades em consonância com as demandas da população.

Neste sentido, considero que a organização das atividades, os temas a serem

abordados e a escolha da metodologia mais adequada instigaram a criatividade, ao mesmo tempo em que fomentaram o desenvolvimento de um novo olhar sobre a realidade e, conseqüentemente, de uma nova prática. Em vários momentos, cada aluna/o-preceptora-tutora contribuiu com o seu saber, enriquecendo as discussões, o planejamento e execução de atividades de educação em Saúde da equipe de Saúde da Família da unidade, a exemplo das campanhas de prevenção ao câncer de mama, câncer de colo de útero e próstata e, a campanha de combate ao racismo e à valorização da população negra, em que o grupo conseguiu mobilizar as/os usuárias e conquistar sua adesão a caminhadas temáticas realizadas nas ruas da comunidade.

As/Os alunas/os, orientados pela tutora e preceptoras, também realizaram a pesquisa *“Que diferença da mulher o homem tem: traçados de violência no Calabar”* cujo tema foi proposto em conjunto. Cabe ressaltar que desde a construção do instrumento de coleta de dados houve participação de todos. O formulário foi aplicado dentro da unidade de saúde, com homens e mulheres frequentadores do serviço, cujo artigo que socializa os resultados se encontra em fase de elaboração.

As ações realizadas possibilitaram que os alunos desenvolvessem habilidades para participar de atividades educativas com vários setores da comunidade (Unidade de saúde, escolas, igreja, rádio comunitária), atingindo diferentes faixas etárias (da criança ao idoso), ao mesmo tempo em que provocaram um olhar ampliado sobre a realidade, pois conforme verbalizaram os alunos na reunião de avaliação final, ao se depararem em seus campos de estágio ou ouvirem relatos nas aulas sobre situações de violência contra as mulheres, percebem que sua compreensão sobre o fenômeno é diferenciada das/dos colegas, a leitura de gênero fornecendo-lhes um aprofundamento tanto acerca das multicausalidades desse fenômeno como dos dilemas e limitações dos serviços da rede de atendimento.

Certamente enfrentamos obstáculos, tais como a dificuldade em conciliar a carga horária dos alunos com as atividades planejadas, deficiências próprias do serviço (pouco espaço físico), a falta de recursos humanos no início e/ou a instabilidade de vínculos dos profissionais no serviço, superadas com o comprometimento do grupo no desenvolvimento das tarefas propostas e o envolvimento com o projeto de intervenção, cujo tema se mostra sempre atual, real e necessário para a comunidade em questão.

No último semestre de 2014, tivemos que suspender o programa de rádio, pois em virtude do período eleitoral, a rádio teve sua programação temporariamente suspensa. Todavia, o grupo não esmoreceu e, surgiram novas ideias, desta feita a formatação de um programa para a Internet, *“Nas Ondas da Net”*, com o qual pretendíamos socializar vídeos trazendo entrevistas com profissionais sobre diferentes temas. Os alunos construíram roteiros, alguns profissionais foram contatados, mas infelizmente não conseguimos gravar antes do encerramento do semestre letivo. O mesmo aconteceu com os artigos científicos, os alunos fizeram fichamentos, discutimos os resultados da pesquisa, mas, sentiram dificuldade em redigir o texto, que está sendo revisado por mim, para posterior publicação.

Neste sentido, compartilho com as/os alunas/os a opinião de que as atividades realizadas no PET devem ter continuidade, mesmo que o corpo de estudantes, preceptores e tutores seja alterado, pois assim garantiria mais eficácia nas ações, superação dos problemas iniciais e compromisso com a comunidade local, ou seja, proponho a continuação e expansão do Projeto, mediante a busca de novas parcerias, bem como a articulação com ONGs da comunidade e com professores da UFBA para projetos conjuntos.

Finalmente, cabe acrescentar que, em nossa última reunião de confraternização, a avaliação das/os alunas/os sobre as atividades na comunidade do Calabar demonstrou que se encontram mais preparados e amadurecidos para abordarem não só as questões de gênero como enfrentarem questões relacionadas às multicausalidades da violência contra as mulheres. Para mim/a tutora, preceptoras e alunas/os, o aprendizado mútuo, a parceria no enfrentamento dos contínuos desafios e a convivência ao longo do projeto nos levou a exercitar a criticidade, criatividade e democracia. Por isso, na ocasião, expressamos nosso contentamento em participar do projeto, que nos trouxe um grande crescimento no âmbito pessoal e profissional, revelando a importância de nos engajarmos na luta pela promoção de uma cultura da paz e pela saúde universal da população, mas também na luta pela quebra de paradigmas e a superação de preconceitos que impedem as mulheres de terem acesso a direitos e a proteção social.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. PET-Saúde. [2009] Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/prosaude-maio2009/resumoPET-SAUDE-29-04-09.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2018.

DELGADO, Josimara; TAVARES, Márcia Santana. (TRANS)VERSALIDADES DE GÊNERO E GERAÇÃO NAS POLÍTICAS SOCIAIS: o lugar de mulheres e idosos. In: Caderno Espaço Feminino - Uberlândia-MG - v. 25, n. 2 - Jul./Dez. 2012, p. 79-97.

SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, Suely Souza de. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SCHMIDT, Janaina Albuquerque de Camargo; ANHUCCI, Valdir & CARLOTO, Cássia Maria. Cidadania: Uma discussão sob a perspectiva de gênero. In: Serviço Social em revista. – v. 8, n. 1– Londrina: UEL, Jul/Dez 2005. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n1.htm>. Acesso em: 24 ago. 2018.

SORJ, Bila. O Feminismo na Encruzilhada da Modernidade e Pós-Modernidade. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCINI, Cistina. Uma Questão de Gênero. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, p. 15-21, 1992.

TAVARES, Márcia Santana. “ESSA MULHER SOU EU”: estratégias do PET-SAÚDE no combate à violência contra as mulheres em Salvador/BA. Anais do XIV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - Impactos da crise do capital nas políticas sociais e no trabalho do/a assistente social. Brasília: CFESS, 2013. [CD Rom].

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UMA COMARCA DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO JUDICIÁRIO

Mariana Lira de Menezes

Este artigo foi desenhado a partir de reflexões teóricas acerca da demanda colocada pelo judiciário para a Equipe Multidisciplinar de uma Comarca do interior, enquanto política pública, mas que diante da grande demanda de serviços, o imperativo pela produtividade, acaba tendo vários rebatimentos, seja na qualidade dos serviços, seja na saúde mental dos profissionais, em especial quando condições de trabalho não são adequadas.

Política Pública; Produtividade; Processo de trabalho; Condições de trabalho.

This article has been drawn from theoretical reflections about the demand placed by the judiciary for the Multidisciplinary Team of a District of the interior, while public policy, but that in the face of the great demand for services, the imperative for productivity, just having multiple impact, is the quality of the services, is the mental health professionals, in particular when working conditions are not suitable.

Public Policy; Productivity; work Process; working conditions.

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva problematizar a demanda posta pelo judiciário à Equipe Multidisciplinar (EM) da Comarca de uma cidade do Agreste Pernambucano, enquanto política pública, analisando as condições de operacionalização, apontando assim algumas possibilidades.

Considerando política pública enquanto um conjunto de iniciativas e decisões governamentais diante de situações socialmente problemáticas, buscando a resolução das mesmas, entendemos a atuação da EM como um importante serviço para a garantia dos direitos, em especial, das crianças e adolescentes envolvidos nos Estudos Sociais realizados pela referida Equipe.

Sendo assim, abordaremos sobre o processo de implantação e implementação da EM; sobre a demanda colocada para a referida Equipe, acompanhada da lógica da produtividade; sobre o processo de trabalho que esta EM desenvolveu ao longo dos anos; pontuando alguns entraves para uma melhor operacionalização das atividades profissionais; apontando dessa forma algumas possibilidades.

2 | DESENVOLVIMENTO

Em junho de 2011, através de concurso público, tem-se início a implantação e implementação da Equipe Multidisciplinar da Comarca de uma cidade do agreste pernambucano.

A Equipe Multidisciplinar, vinculada à 2ª Vara Cível da Comarca desta cidade¹, hierarquicamente vinculada ao Juiz/a, é composta por 02 profissionais, sendo um com formação em Serviço Social e outro com formação em Psicologia.

Ainda no período de implantação da referida Equipe, várias atividades precisaram ser realizadas simultaneamente, tendo em vista que uma Equipe, isto é, um serviço precisava ser estruturado (envolvendo atividades *gerenciais*, *administrativas* e *logísticas*, além das *atividades técnicas*); os profissionais, embora competentes e com várias experiências profissionais anteriores, não tinham a experiência de atuação no Judiciário, demandando algumas visitas e articulações profissionais aos diversos Núcleos da capital² das específicas temáticas para as devidas informações, orientações e aprofundamentos técnicos; o mapeamento e o conhecimento da rede de serviços local, tendo em vista que nenhum dos 02 profissionais da EM residem nesta cidade em que trabalham; além dos Estudos Sociais que, sob a ótica institucional, esta atividade indica ser a mais importante.

Então, nessa perspectiva em que várias atividades precisavam acontecer paralelamente às operacionalizações dos Estudos Sociais, progressivamente, vários instrumentais e procedimentos metodológicos foram sendo criados e estabelecidos, dentre os quais, o “*Controle Interno de Chegada e Saída dos Processos*”, planilha esta que fornece, dentre outras informações, a ordem cronológica de chegada dos Processos.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), tais Equipes tem a finalidade de atuar junto à criança e ao adolescente, no sentido de respaldar o juízo em suas tomadas de decisões, sendo assim nesta perspectiva que a referida Equipe vem atuando.

No período de Junho/2011 a Dezembro/2014, a Equipe Multidisciplinar recebeu 183 processos demandando a realização de Estudos Sociais. Destes, 93 Estudos Sociais já foram realizados, existindo uma demanda reprimida de, aproximadamente, 90 processos, de acordo com levantamento realizado em Janeiro de 2015.

Diante da grande demanda reprimida existente, identificada desde o início da implantação da Equipe Multidisciplinar, em reunião técnica da referida Equipe, foi pactuado que cada profissional ficaria responsável por um Processo³. Esta foi uma

1 Vara esta responsável por julgar questões referentes à infância e juventude.

2 Na capital, em virtude da grande demanda processual, existem Núcleos que trabalham com as temáticas específicas, como por exemplo, o que trabalha só com adoção, ou outro que trabalha só com guarda.

3 Esta divisão por *técnico responsável* foi pensada e proposta como estratégia para imprimir maior celeridade, porém de forma a não prejudicar a dimensão da interdisciplinaridade, garantindo a discussão entre a EM, em havendo a necessidade.

estratégia encontrada para dar maior celeridade ao andamento dos Processos. Celeridade esta não só esperada pelas Partes⁴ envolvidas no Processo, mas também cobrada e exigida pelas instâncias superiores.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por sua vez, órgão criado pela Emenda Constitucional nº 45/2004, o qual compõe o Poder Judiciário, tem a competência de controlar e fiscalizar a atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos/as juizes/as, de acordo com a Constituição Federal. Tem assumido um papel de grande relevância. Entretanto, entendemos também que sua criação impôs ao Judiciário “uma dinâmica de movimentação processual que valoriza aspectos meramente quantitativos” (CFESS, 2014: 41), sintonizando o Judiciário com a lógica produtivista, do cumprimento de metas.

Essa lógica produtivista, própria de uma sociedade capitalista, ganha mais força numa sociedade que, além de ser levada a acreditar que os serviços privados são melhores do que os serviços públicos, em geral, acredita que a justiça é morosa.

Estas crenças, fortalecidas pela lógica neoliberal, rebatem diretamente nos profissionais que operacionalizam os Estudos Sociais (repercutindo, muitas vezes, na saúde mental desses trabalhadores), os quais, muitas vezes, não possuem as devidas condições de trabalho necessárias.

Faz-se também necessário problematizar no presente artigo sobre as reais possibilidades de atuação do profissional de Serviço Social numa Equipe Multidisciplinar de uma Comarca do Interior.

O Assistente Social, em seu cotidiano profissional, independentemente do espaço socioocupacional em que esteja inserido, ele trabalha diretamente com a **questão social**, entendendo-a como

“o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2000: 27).

Considerando, entretanto, o Assistente Social que atua no espaço socioocupacional do Poder Judiciário, ainda conforme pontua Iamamoto (2004: 283), este trabalha “com situações-limite que condensam a radicalidade das expressões da questão social [...]”, uma vez que a busca da proteção judicial, pelos sujeitos, acontece quando todos os demais recursos já foram esgotados.

Percebe-se então que, a atuação do Assistente Social extrapola a elaboração dos Estudos Sociais. Entretanto, em função do reduzido quantitativo de profissionais da referida EM e em função da grande demanda reprimida existente, a atuação profissional da Assistente Social fica, praticamente, restrita à elaboração dos Estudos Sociais demandados pelo juízo.

4 Termo jurídico que se refere aos sujeitos diretamente envolvidos no Processo.

3 | LEVANTAMENTO DAS DEMANDAS POSTAS PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDOS SOCIAIS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

No início de 2015, foi realizado um levantamento estatístico referente ao *Assunto* de todos os 183 Processos que foram encaminhados à Equipe Multidisciplinar desta Comarca, para a realização de Estudo Social, desde a sua implantação e implementação, isto é, no período compreendido de Junho/2011 até Dezembro/2014, conforme a Tabela 1.

Assuntos dos Processos	2011	2012	2013	2014	Total
Guarda	06	14	30	07	57
Adoção <i>Intuitu Personae</i> ¹	03	10	13	04	30
Habilitação em Adoção	02	02	07	05	16
Acompanhamento do Estágio de Convivência ²	-	-	02	01	03
Medida de Proteção	01	01	14	09	25
Carta Precatória ³	-	04	01	04	09
Vara Criminal	-	01	01	-	02
Perda, suspensão ou restabelecimento do poder familiar	-	-	04	-	04
Boletim de Ocorrência (MP ⁴)	-	-	01	-	01
Negativa de Paternidade	01	-	02	-	03
Busca e Apreensão de Menor	-	-	03	-	03
Ação de Medida Cautelar preparatória de visitas	-	-	01	-	01
Ação de Acolhimento Institucional (MP)	-	-	01	-	01
Tutela e Curatela	-	-	02	-	02
Extinção do Poder Familiar e Abrigamento (MP)	-	-	01	-	01
Abuso Sexual	-	02	01	-	03
Alienação Parental	-	-	01	-	01
Interdição	-	-	01	01	02
Regulamentação de Visitas	-	02	01	-	03
Medida Socio-Educativa – Liberdade Assistida	01	-	-	-	01
Anulação de Registro Civil	01	-	-	-	01
Tráfico e Uso de Drogas	02	01	-	-	03
Estupro	01	-	-	-	01
Família – Tutela	-	01	-	-	01
Maus tratos	-	01	-	-	01
Procedimento Ordinário	-	02	-	-	02
Extinção do Poder Familiar	-	-	-	01	01
Suspensão e Destituição do Poder Familiar	-	-	-	01	01
Substituição de Curatela	-	-	-	01	01
Total de Processos	18	44 (-3)	87	34	183

Tabela 1 - Processos encaminhados para realização de Estudo Social pela Equipe Multidisciplinar, no período entre 2011 e 2014, distribuídos por Assunto e Quantidade.

Fonte: Planilha “Controle Interno de Chegada e Saída dos Processos”.

OBS.: Em 2012, a Equipe Multidisciplinar recebeu 44 processos, entretanto, os Processos Nº 26 (União estável > Dissolução), Nº 48 (Adoção *Intuitu Personae*), e Nº 53 (Substituição de Curador) foram subtraídos da Planilha por motivos outros.

A grande maioria desses processos é demandada pela 2ª Vara Cível (vara que responde pelos processos da Infância e Juventude), a qual a Equipe Multidisciplinar está vinculada. Ressalta-se, entretanto, que juízes de outras Varas do Fórum, como da 1ª Vara (de Família) e da Vara Criminal, quando tem Processos que envolvem crianças e/ou adolescentes, que sentem a necessidade de um Estudo Social, eles assim o demandam. Alguns Processos já chegam direcionados ao Psicólogo da EM, tendo em vista ser a demanda processual por uma *avaliação psicológica*, ou estudo afim.

Analisando a Tabela 1, identifica-se a diversidade de Assuntos/temas que é exigido dos profissionais para o desempenho de suas atividades profissionais, considerando, especialmente, a elaboração dos Estudos Sociais. Além desta diversidade de Assuntos, tem-se ainda os *temas transversais* que perpassam vários casos estudados, como gênero, família, violência doméstica, alienação parental, saúde mental, dependência química, tráfico humano, dentre outros. Sem esquecer da leitura do conteúdo específico de Serviço Social. Dessa forma, é exigido do profissional a leitura e o domínio de vários assuntos, de várias políticas, demandas estas que, por sua vez, interferem no tempo de elaboração e conclusão de um Estudo Social, rebatendo na questão da produtividade.

Conforme já exposto, do total dos 183 Processos demandando a realização de Estudos Sociais no período entre Junho/2011 e Dezembro/2014, 93 foram realizados; e deste total, 54 foram realizados pela Assistente Social, de acordo com a Tabela 2, a qual também vem evidenciar, além do quantitativo dos Estudos Sociais realizados, a diversidade de Assuntos/temas demandados ao profissional.

Assuntos dos Processos	2011	2012	2013	2014	Total
Guarda	-	06	03	05	14
Adoção <i>Intuitu Personae</i>	-	-	04	07	11
Habilitação em Adoção	-	-	-	04	04
Medida de Proteção	-	-	02	03	05
Carta Precatória	-	-	04	03	07
Tráfico e Uso de Drogas	02	01	-	-	03
Anulação do Registro Civil	01	-	-	-	01
Negativa de Paternidade	01	-	-	-	01
Família - Tutela	-	01	-	-	01
Medida Socio-Educativa – Liberdade Assistida	-	01	-	-	01
Perda ou Suspensão ou Restabelecimento de Guarda	-	-	01	-	01
Processos respondidos através de Ofícios	-	-	03	-	03
Extinção do Poder Familiar	-	-	-	01	01
Regulamentação de Visitas	-	01	-	-	01
Total de Processos	04	10	17	23	54

Tabela 2 - Estudos Sociais realizados pela Assistente Social da Equipe Multidisciplinar, no período entre Junho/2011 e Dezembro/2014, distribuídos por Assunto e Quantidade.

Fontes: Demonstrativo de “Estudos Sociais Concluídos em 2011”; Demonstrativo de “Estudos Sociais Concluídos em 2012”; Demonstrativo de “Estudos Sociais Concluídos em 2013”; Demonstrativo de “Estudos Sociais Concluídos em 2014”.

OBS.: O 1º Estudo Social realizado pela Equipe Multidisciplinar, referente a uma *Adoção Intuitu Personae*, foi realizado conjuntamente pela Assistente Social e pelo Psicólogo. Este Estudo não está contabilizado na referida estatística.

4 | O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Sobre o *processo de trabalho* da EM, entendemos este enquanto “um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas” (GUERRA, 2012). Foi então, nesse processo que a referida EM construiu, ao longo dos anos, o seu próprio *processo de trabalho*, delineando também, sua *metodologia de trabalho*.

Como anteriormente exposto, a atuação profissional da Assistente Social da EM está voltada para a elaboração de Estudos Sociais, atividade esta que, conforme Fávero (2007), sempre caracterizou o exercício profissional do assistente social no Poder Judiciário.

Dessa forma, quando o/a juiz/a identifica a necessidade e então, solicita a realização de Estudo Social em relação a algum processo que envolva criança e adolescente, o referido processo é encaminhado da Secretaria da 2ª Vara (onde constam os processos que estão em andamento), para a Equipe Multidisciplinar onde, por sua vez, é distribuído entre os profissionais que compõe a Equipe, isto é, entre a Assistente Social e o Psicólogo⁵.

Vale ressaltar que esta distribuição entre os profissionais da Equipe Multidisciplinar acontece enquanto estratégia profissional para dar maior celeridade ao andamento dos Processos, porém com os devidos cuidados para que a dimensão da interdisciplinaridade não venha prejudicar a leitura da realidade, interferindo assim, de forma negativa, no processo de elaboração do Estudo Social.

Dessa forma, quando o caso que está sendo estudado apresenta maior grau de complexidade, demandando assim uma leitura interdisciplinar, a referida Equipe sempre está discutindo/problematizando os casos; e/ou quando necessário com Equipes Multidisciplinares de outras abrangências/comarcas.

Quando se tem início o Estudo Social do Processo, primeiro, é realizada a *leitura crítica dos Autos* objetivando entender o contexto da demanda processual. Em seguida, é realizado o *planejamento das ações com definição das estratégias* a serem realizadas.

Diante da particularidade de cada caso, após a leitura inicial dos Autos, e após o primeiro contato com a realidade objetiva dos sujeitos envolvidos nas Ações Processuais, é que são avaliadas a necessidade de outras intervenções profissionais, podendo ser novas visitas domiciliares, visitas institucionais ou articulações com a

5 Alguns Processos são encaminhados diretamente para o Psicólogo, tendo em vista a demanda ser para uma *avaliação psicológica*, ou algo afim.

rede de serviços públicos, por exemplo.

Após todas as intervenções profissionais realizadas, e todas as informações coletadas, depois de identificada a complexidade do caso, tem-se então o início da elaboração do material que será encaminhado ao juiz.

De acordo com a complexidade dos casos, o profissional identifica se o caso exige um laudo social, um parecer social, ou um relatório social. Na maioria dos casos estudados na referida Comarca, as solicitações dos juízes (as quais geralmente são para Estudos Sociais) são respondidas através de Pareceres Sociais.

Então, estes Estudos Sociais, após a leitura crítica dos autos, e após a aproximação da realidade objetiva dos sujeitos envolvidos, indicam o formato que a realidade exige (se relatório social, parecer social ou laudo social), de forma que consigamos dar o devido respaldo ao juízo para as devidas decisões.

Vale ressaltar que a processualidade de um Estudo Social, envolvendo todas as intervenções profissionais necessárias, a qual resulta, geralmente, num Parecer Social, é algo minucioso, que exige o seu tempo de execução, principalmente quando se encontram situações outras que interferem na questão central solicitada pelo Juízo. A construção de um Parecer Social não é algo rápido, exigindo o seu tempo de construção, de elaboração.

Geralmente, devido ao comprometimento, à tensão e à atenção que a elaboração de um Estudo Social demanda, a Assistente Social da referida Equipe realiza um Estudo Social de cada vez; em alguns casos, fica com dois Estudos Sociais em andamento.

Por fim, quando o processo do Estudo Social está concluído, o produto final (isto é, o Parecer Social) é então entregue no *Setor de Distribuição*, para que este Setor dê entrada no Sistema⁶ e então encaminhe o Parecer Social para a Vara solicitante⁷.

5 | ALGUNS ENTRAVES QUE INTERFEREM NA PROCESSUALIDADE DOS ESTUDOS SOCIAIS

A EM desta Comarca do agreste pernambucano encontra em seu cotidiano profissional algumas dificuldades que interferem na processualidade, e conseqüentemente, no período necessário para a conclusão dos Estudos Sociais.

Considerando o *processo de trabalho* e a *metodologia de trabalho* anteriormente mencionadas, além da diversidade de temas demandados, soma-se o fato de a referida Equipe não possuir transporte institucional para realização das atividades externas (visitas domiciliares e/ou visitas institucionais) necessárias para a aproximação da realidade objetiva do sujeito.

_____ Diante desta limitação, a EM tem recorrido a articulações, as quais não estão

6 Este trata-se de um sistema informatizado do próprio Tribunal de Justiça de Pernambuco.

7 A Equipe Multidisciplinar está vinculada à 2ª Vara, sendo desta Vara a maioria dos Processos recebidos; entretanto, alguns processos são oriundos de outras Varas desta Comarca (1ª Vara e Criminal), quando os casos envolvem crianças e adolescentes e que os juízes entendem a necessidade de um Estudo Social.

formalizadas, com o Poder Executivo Municipal⁸ para a disponibilização de um transporte que, geralmente, quando possível, a disponibilidade é apenas para um determinado dia na semana e por um determinado período do dia. Quando não é possível a realização da visita domiciliar naquele dia da semana, é então reprogramada para a próxima semana, caso haja também a disponibilidade de transporte.

Ressalta-se que, as visitas domiciliares, em especial, de acordo com Mioto (2001), são técnicas que objetivam o conhecimento das condições em que vivem os sujeitos, que possibilitam também a apreensão dos aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos estes que muitas vezes não são percebidos/identificados quando as entrevistas acontecem no espaço institucional.

É justamente por considerar a relevância da referida técnica, que a profissional desta EM insiste em incluí-la na elaboração do Estudo Social.

Entretanto, em algumas épocas a EM desta Comarca ficou sem previsão de possibilidade para articular transporte com o Poder Municipal⁹. Nestas situações, embora considerando a relevância das visitas domiciliares, a EM precisou alterar sua forma de trabalho convidando a/s pessoa/s envolvida/s e necessária/s para a realização das entrevistas na Sala da EM.

6 | CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto no presente artigo, fica evidente que alguns dilemas precisam ser enfrentados.

A definição do processo de trabalho, da metodologia de trabalho, com seu fluxograma, instrumentos e técnicas estão em constante movimento, de acordo com os objetivos da ação profissional. Tais redefinições, entretanto, também dependem da competência teórico-metodológica do profissional de Serviço Social.

De acordo com Mioto (2001), a competência teórico-metodológica refere-se à base de conhecimentos que o assistente social possui para a elaboração do Estudo Social. E, conforme já pontuado, a atuação profissional do Assistente Social da EM está praticamente voltada para a elaboração de Estudos Sociais, processo este que tem sua dinâmica própria de execução. Entretanto, a atuação profissional está além da realização do Estudo Social e emissão do Parecer Social.

Como coloca Iamamoto (2004), por sua vez, o Assistente Social não trabalha com fragmentos da vida social, mas com indivíduos sociais que se constituem em sociedade, envolvendo condições objetivas e subjetivas.

Nesta perspectiva, embora o Assistente Social viva diante do constante tensionamento entre a grande demanda reprimida para realização dos Estudos Sociais

8 Que, por sua vez, também tem suas dificuldades para emprestar transporte, diante da demanda de serviços.

9 Geralmente, em épocas que coincidem com períodos eleitorais, e/ou com início e/ou término de gestão municipal.

e a “cobrança”¹⁰ pela produtividade, não consegue, nem deve, apenas limitar-se a identificar o caso (de fortes indícios de alienação parental, por exemplo), constatando a seriedade do caso, sem intervir, sem articular com a rede, nem encaminhar.

Enquanto Assistente Social, servidora pública, representante do Estado, entendemos, conforme Miotto (2008), que este tem a função legal de garantir o bem-estar coletivo através da concretização de políticas sociais, que implicam na articulação de uma complexa rede de recursos institucionais, políticos e econômicos.

Além de tais procedimentos, alguns dos casos também demandariam, ao menos por determinado período, de *acompanhamento profissional*. Porém, diante do quantitativo de profissionais da EM, da grande demanda processual reprimida, atualmente, a referida Equipe não possui condições de incorporar mais esta demanda à sua prática profissional, embora reconheça a grande relevância de acompanhar os casos, de acompanhar os desdobramentos dos encaminhamentos que foram realizados no decorrer do processo de elaboração do Estudo Social.

Uma alternativa apontada refere-se à ampliação da referida Equipe Multidisciplinar com a convocação de mais profissionais (assistentes sociais e psicólogos), ampliando-a quantitativamente, implicando conseqüentemente em redefinições do *processo de trabalho e na metodologia de trabalho*.

Estas redefinições da metodologia teriam rebatimentos tanto nas questões *qualitativas* referentes aos sujeitos envolvidos nas ações, como na questão *quantitativa*.

Outra questão importante refere-se à aquisição de um transporte institucional para a realização das atividades externas, muito embora que, com dificuldade, a EM tenha conseguido articular com o Poder Executivo Municipal local.

Por fim, acreditamos que os magistrados, servidores e usuários precisam compreender que o trabalho desenvolvido pela referida Equipe Multidisciplinar é um trabalho minucioso, comprometido com a qualidade, que demanda o seu tempo, e que envolve várias outras ações.

Dessa forma, entendemos que a elaboração de um Estudo Social não pode ser feita de maneira aligeirada de forma a comprometer a ética e a integridade do usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Emenda Constitucional N° 45**, de 2004 Site: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2004/emendaconstitucional-45-8-dezembro-2004-535274-publicacaooriginal-22987-pl.html>

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Brasília. 1990.

CFESS. **Atuação dos Assistentes Sociais no Sociojurídico**: Subsídios para reflexão. Brasília – DF, 2014.

10 Essa cobrança vem de várias formas, podendo ser através da fala do Juiz e/ou Chefe de Secretaria sinalizando que a EM está demorando muito para concluir os Estudos Sociais, solicitando maior agilidade; ou estipulando prazos para conclusão dos Estudos Sociais; ou através de advogados (representantes de algumas das Partes) que, não satisfeitos com a demora, chegam a ameaçar denunciar os profissionais na Ouvidoria.

FAVERO, E. T.. O Estudo Social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária *In* CFESS (Org.). **O Estudo Social em Perícias, Laudos e Pareceres Técnicos**: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social**. 2012 Mimeo.

IAMAMOTO, M. V.. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. Ed. São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M.V.. Questão Social, Família e Juventude: desafios do trabalho da assistente social na área sociojurídica *In* SALES, M.A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C.(Org.). **Política Social, Família e Juventude**: Uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

MIOTO, R.C.T.. Família e Políticas Sociais *In* BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.R.; SANTOS, S.M.M.; MIOTO, R.C.T. (Org.). **Política Social no Capitalismo**: Tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

MIOTO, R.C.T.. Perícia Social: proposta de um percurso operativo *In* **Serviço Social & Sociedade**, ano XXII, Nº 67, São Paulo, Cortez Editora.

(Footnotes)

1 “É a adoção na qual a família biológica entrega a criança ou adolescente não aos cuidados do Estado, para que este cuide dos trâmites da adoção, mas sim, a entrega à pessoa determinada, com o intuito de que a criança seja por tal indivíduo assistida durante sua vida, ou seja, efetivamente adotada”. (http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9265)

2 O Estágio de Convivência é uma das etapas do processo de adoção através do Cadastro Nacional de Adoção (CNA), em que o juiz autoriza que a criança ou adolescente conviva por um período com os adotantes, para avaliar o processo de construção dos laços afetivos.

3 Cartas Precatórias são, em linguagem comum, processos que são demandados de outras comarcas; isto é, quando uma das Partes envolvidas, que precisa ser escutada, reside em outra cidade, encaminha-se uma Carta Precatória para a cidade onde a Parte está morando para que esta seja ouvida. Geralmente, os Estudos Sociais das Cartas Precatórias tem prioridade.

4 Ministério Público (MP).

A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Antônio Horácio Fernandes da Silva

ICIPE - Instituto do Câncer Infantil e Pediatria
Especializada / Hospital da Criança de Brasília
José Alencar
Brasília/DF

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo demonstrar o resultado econômico do Ambulatório de Especialidades responsável por cerca de 20% do custo total de um hospital público no Distrito Federal administrado por Organização Social de Saúde. O referencial teórico tem como suporte a mensuração do resultado econômico por meio do modelo de Slomski (1996) que elabora um instrumento para mitigar o desequilíbrio de informações entre o Estado e a sociedade. O modelo utiliza determinados critérios para definição do custo de oportunidade fundamental para a apuração da receita econômica e consequentemente do resultado econômico. Neste caso, o custo de oportunidade foi avaliado em dois cenários distintos, primeiramente pelo critério dos valores praticados na tabela SUS e posteriormente pelos valores praticados no mercado privado. A pesquisa descritivo-quantitativa apresenta dados coletados nos registros de controle dos serviços prestados do Ambulatório do Hospital da Criança de Brasília - HCB por meio do relatório de gestão da instituição referente

ao período de janeiro a dezembro de 2015. Conjuntamente, foi obtido na coordenação de finanças o relatório de custos segregado pelos centros de custos que compõem o ambulatório. O resultado sugerido na pesquisa empírica, conclui que o HCB na atividade do Ambulatório de Especialidades cumpre o princípio da eficiência (do ponto de vista econômico) ao apontar os custos de execução inferiores ao custo do Estado para contratação pelo valor de mercado, sinalizando boas práticas de gestão, produção de governança, capacidade de gerar informações para a tomada de decisão da alta administração e *accountability* no setor público. **PALAVRAS-CHAVE:** resultado econômico, governança, práticas de gestão.

ABSTRACT: The objective of this study is to demonstrate the economic result of the Specialty Clinic responsible for about 20% of the total cost of a public hospital in the Federal District administered by Social Health Organization. The theoretical reference is supported by the measurement of the economic result by means of of the model of Slomski (1996) that elaborates an instrument to mitigate the imbalance of information between the State and the society. The model uses certain criteria to define the fundamental cost of opportunity for the calculation of the economic revenue and consequently the economic result. In this case,

the opportunity cost was evaluated in two distinct scenarios, firstly by the criterion of the values practiced in the SUS table and later by the values practiced in the private market.

The descriptive-quantitative research presents data collected in the control records of the services provided at the Ambulatory of Hospital da Criança de Brasília - HCB through the institution's management report for the period from January to December, 2015. It was jointly obtained in the coordination of cost reporting segregated by the cost centers that make up the outpatient clinic.

The result suggested in the empirical research, concludes that HCB in the activity of the Specialty Clinic fulfills the principle of efficiency (from an economic point of view) by pointing out the execution costs below the cost of the State for hiring at market value, signaling good practices management, production of governance, capacity to generate information for senior management decision-making, and accountability in the public sector.

KEYWORDS: economic result, governance, management practices.

1 | INTRODUÇÃO

A gestão pública atravessa um período de modernização de seus processos gerenciais em que inúmeros instrumentos têm sido adotados para atender as demandas sociais de forma mais eficaz. Concepções como prestação de contas, participação, transparência, governança, gestão por resultados, gestão de pessoas, gestão do conhecimento, resultado econômico entre outros estão sendo incorporados sucessivamente na administração. Tais conceitos alteram o perfil de execução dos gestores como fomentadores do desenvolvimento visando atender as demandas dos cidadãos, cada vez mais participantes.

Atualmente, há um discurso corrente do mercado que o consumidor está muito “empoderado”, isto é, fortalecido (De Luca, 2014). Ocorre que o usuário assume um papel de poder quando não é bem atendido ou quando os serviços prestados não oferecem a segurança esperada.

Concomitantemente com a busca de novos princípios para a gestão pública, a procura pela eficiência e qualidade deve ser seguida por modernos padrões de *accountability* no setor público, de forma a disponibilizar a sociedade informações que proporcionem a avaliação de desempenho do administrador público. Nessa perspectiva, dentre os conceitos mencionados, o resultado econômico é o tema principal deste estudo, uma vez que as demonstrações contábeis exigidas pela lei nº 4.320/64 não evidenciam o valor dos serviços públicos e a eficiência na aplicação dos recursos, indicadores essenciais a serem apresentados à sociedade.

Percebendo essa necessidade, Slomski (1996) desenvolveu um modelo conceitual partindo da premissa de que os controles exclusivamente orçamentários deixam de captar o nível de eficiência com que são prestados os serviços públicos. O

autor percebe que, na prestação de serviços públicos, há uma receita que não está exposta na contabilidade de entidades públicas, intitulada receita econômica.

Ao considerar esse contexto, o presente trabalho disserta sobre a demonstração do resultado econômico no Ambulatório de Especialidades do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), fundamentalmente público, pertencente ao Governo do Distrito Federal, administrado pela Organização Social ICIPE – Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada conforme contrato de gestão SES/DF 001/2014 e visa apresentar à sociedade informações que possibilitem o desempenho de funções de avaliação e monitoramento das ações públicas.

2 | ORGANIZAÇÕES SOCIAIS - OS

No decorrer dos anos observa-se o crescimento de um terceiro setor convivendo com os dois setores convencionais: o primeiro setor, no qual a origem e a destinação de recursos são públicas, correspondente às ações do Estado e o segundo setor, que corresponde ao setor privado, sendo a aplicação de recursos revertida em benefício próprio. Já o terceiro setor se estabelece na esfera de atuação pública não-estatal, instituído a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos, no sentido do bem comum.

O termo terceiro setor, embora não seja unívoco, é definido por Rocha (2003) como “os entes que integram o terceiro setor são entes privados, não vinculados à organização centralizada ou descentralizada da administração pública, mas que não almejam, entretanto, entre seus objetivos sociais, o lucro e que prestam serviços em áreas de relevante interesse social e público”.

A Lei 9.790 de 23 de março de 1999, também conhecido como novo marco legal do terceiro setor, introduziu relevantes alterações, dentre as quais destacam-se:

- Os novos critérios de classificação das entidades sem fins lucrativos de caráter público;
- As novas possibilidades no sistema de articulação entre as instituições de direito privado e público;
- Possibilidade de remuneração dos dirigentes de entidades sem fins lucrativos.

Apesar das significativas mudanças, as qualificações anteriores das instituições do terceiro setor, como o certificado de fins filantrópicos e título de utilidade pública federal, continuam em vigor concomitantemente. Neste contexto, uma das mais conhecidas qualificações jurídicas para entidades do terceiro setor são as Organizações Sociais – OS.

A proposta de reforma de Estado de 1995, buscou o desenvolvimento de mecanismos de governança, flexíveis e horizontais, na expectativa de maior eficiência

e qualidade das empresas e organizações públicas da administração direta e indireta propondo a separação entre “funções estratégicas” e “funções essenciais” do Estado.

No Plano Diretor da Reforma do Estado (Bresser-Pereira, 1998), apenas o núcleo estratégico estaria sujeito ao padrão verticalizado. Os demais setores seriam regidos pela governança horizontal ou híbrida.

Dentro do desenho para a organização do Estado que estabelecia “funções estratégicas e funções de prestação”, alguns segmentos da atividade estatal associados à prestação de serviços, nos quais se incluem os hospitais públicos, foram definidos como atividades não exclusivas do Estado, podendo assumir modelo organizacional mais flexível e ser reguladas por contrato de gestão com o setor público estatal.

As Organizações Sociais encontram sua origem a partir da aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Um dos pontos estratégicos deste plano foi aprovação do “Programa Nacional de Publicização” pela Lei 9.637 de 15 de maio de 1998. Esta lei autoriza o Poder Executivo a transferir a execução de serviços públicos e gestão de bens e pessoal públicos a entidades especialmente qualificadas, as Organizações Sociais, ressaltando-se que alguns estados tenham legislado conforme sua competência, dando à lei estadual as adaptações cabíveis.

O formato organizacional das OS visou oferecer aos gestores públicos mecanismos adicionais para elevar as despesas públicas sem ampliar a instabilidade previdenciária porque os contratos de trabalho seriam regidos pelo regime do setor privado. O principal mecanismo de implementação das OS pela proposta do Executivo Federal em 1998 foi a conversão das organizações públicas como hospitais, institutos de pesquisa, museus, entre outras, em organizações privadas sem fins lucrativos.

Conforme Modesto (1997), os objetivos práticos que servem de base finalista aos projetos de Reforma do Estado são reproduzidos na nota técnica 40/2012 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.

As Organizações Sociais deveriam apresentar atividades na área de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde com os seguintes objetivos:

- a) objetivo econômico : diminuir o “déficit” público, ampliar a poupança pública e a capacidade financeira do Estado para concentrar recursos em áreas em que é indispensável a sua intervenção direta;
- b) objetivo social : aumentar a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, atendendo melhor o cidadão a um custo menor, zelando pela interiorização na prestação dos serviços e ampliação do seu acesso aos mais carentes;
- c) objetivo político : ampliar a participação da cidadania na gestão da coisa pública; estimular a ação social comunitária; desenvolver esforços para a coordenação efetiva das pessoas políticas no implemento de serviços sociais de forma associada;
- d) objetivo gerencial : aumentar a eficácia e efetividade do núcleo estratégico do Estado, que edita leis, recolhe tributos e define as políticas públicas; permitir a adequação de procedimentos e controles formais e substituí-los, gradualmente,

porém de forma sistemática, por mecanismos de controle de resultados .

O modelo de PPP estabelecido para as OS teve baixa aceitação entre os gestores públicos, especialmente pelo elevado custo político implícito na ideia de conversão de organizações públicas da administração direta em entes privados sem fins lucrativos. Outro aspecto sujeito a forte veto era a possibilidade de cessão por redistribuição dos servidores públicos para o quadro em extinção no órgão convertido.

Desta forma, a proposta de conversão das OS apresentava, em fins da década de 1990, baixos incentivos econômicos à adesão da força de trabalho do setor público ao proibir as remunerações continuadas aos servidores redistribuídos, exceto nos casos de exercício de funções especiais.

Ainda assim, especialmente no caso do setor saúde, o caminho da terceirização tornou-se predominante na gestão hospitalar pública e nos programas de ampliação da atenção à saúde, como o programa de saúde da família. Conforme Costa (2011) tem sido observado um padrão de reforma no setor hospitalar estatal por meio de concessão de maior autonomia gerencial e redução do controle da administração pública.

2.1 O desempenho das Organizações Sociais de Saúde

Haja vista a falta de experiências sólidas de implantação do modelo de Organizações Sociais no âmbito do Distrito Federal, este trabalho considera os relatos da prática estabelecida no Estado de São Paulo.

O Executivo de São Paulo implantou o modelo OS, em 1998, fazendo inovações relevantes na proposta original do Governo Federal: não executou a conversão de unidades hospitalares já existentes da administração direta em OS e optou pelo desenvolvimento de novas unidades da estratégia de PPP, contemplando autonomia gerencial, exposição ao mercado e funções sociais definidas.

Costa (2011) observa, no desenvolvimento do modelo OS, uma alteração específica na estrutura de governança das organizações hospitalares públicas.

Essa mudança tem como principal característica o exercício de maior liberdade decisória dos agentes privados, em termos organizacionais e financeiros, em relação aos proprietários públicos. Essa mudança de relações de governança estabelece:

Autonomia para a tomada de decisão sobre o uso de ativos, gestão da força de trabalho e a distribuição de excedentes das receitas depois de cumpridas as obrigações contratuais com o Executivo;

Regras para a transação com o mercado, especialmente pela proibição de recebimentos pelas OS de receitas por desembolso direto de pacientes ou de estabelecer convênios com planos privados de assistência à saúde;

Condições para a preservação dos ativos não financeiros, instalações prediais e equipamentos, com propriedade governamental;

Compromisso de atendimento e metas de produtividade por contrato de gestão.

O novo mecanismo de governança das OS incentivou a autonomia administrativa e a ampliação do poder decisório do staff dirigente da organização hospitalar sem ameaçar a missão institucional do SUS.

Na área da saúde, o Governo de São Paulo concluiu 17 hospitais e construiu outros 12, apostando na parceria com o setor privado por meio das OS. Em 1998, o Governo do Estado sancionou uma lei específica para a qualificação de Organizações Sociais (Lei nº 846/98) com atividades dirigidas à saúde e à cultura, baseada na Lei Federal 9.637/98. Em sendo assim, a adoção do modelo de gestão hospitalar em parceria com Organizações Sociais foi uma solução prática para um problema concreto: ao finalizar a construção de 14 novos hospitais, em 1998, o Estado não podia contratar novos profissionais de saúde necessários para sua ativação porque já estava no limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Camata, 1995) para pagamento de salários pelos governos estaduais.

A solução foi contratá-los sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por instituições privadas sem fins lucrativos, qualificadas como Organizações Sociais por lei específica. Assim, seus salários não contariam para o limite fiscal, restrito a servidores efetivos permanentes do Estado. Cabe ressaltar que estes hospitais não são privados, já que o patrimônio (edificações, equipamentos e mobiliário) continua pertencendo ao poder público.

Conforme Costa & Ribeiro (2005) As evidências demonstram que os incentivos econômicos oferecidos às OS e as regras de contratualização permitiram atingir um desempenho diferenciado dos hospitais nessa governança em termos de eficiência técnica e na qualidade quando comparados com hospitais de idêntico perfil da Administração Direta em meados da década de 2000.

Inúmeros estudos e levantamentos independentes têm constatado a qualidade e eficiência do modelo de gerenciamento por OS em São Paulo. Um estudo realizado pela equipe da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2007) comparou os indicadores publicados pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas – FGV, que envolvem uma amostra de 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados no Estado de São Paulo com os indicadores de 12 hospitais gerenciados por OS, conforme demonstra a tabela 1 a seguir:

INDICADOR	OSS	PROAHSA/FGV
	1º SEMESTRE/2003	4º TRIMESTRE/2002
Relação enfermeiro/leito	0,27	0,24
Relação funcionário/leito	4,46	4,34
Taxa de ocupação	88,30%	63,50%
Tempo médio de permanência	4,30	3,47
Taxa de cesárias	25,40%	78,20%

Tabela 1 – Comparação entre 12 hospitais gerenciados pelas OSS e a amostra de hospitais do boletim do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas - FGV

Fonte: Relatório das OSS/CCS/SES PROAHSA/FGV – Boletim de indicadores nº 29, 2002

Cabe destacar que, segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde, não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10 – 15%. Assim sendo, a redução do índice de cesáreas diminui as possíveis consequências negativas sobre a saúde materno-infantil.

Também foram realizados estudos comparativos de gastos e produtividade entre os hospitais públicos da Administração Direta e aqueles gerenciados por OS. Estudo em parceria pelo Banco Mundial, o Ministério da Saúde e pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, também comprovou a eficiência das OS.

Esse estudo baseado em dados de 2003 comparou 12 hospitais das OS e 10 hospitais da Administração Direta, com perfis semelhantes, evidenciando a maior eficiência técnica (capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos) dos hospitais das OS. A tabela 2 apresenta dois indicadores de eficiência.

INDICADOR	ADM. DIRETA	OSS	Observação
Relação alta/leito total	46,0	60,0	35% de eficiência
Horas médicas contratadas mensais (40 horas equivalentes)	203,15	143,80	71% de eficiência

Tabela 2 – Levantamento em 12 hospitais das OSS X 10 hospitais da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (dados de produção de 2003)

Fonte: Costa NR e Ribeiro JM, Fiocruz (2005)

Os levantamentos realizados pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde) também apontam e comprovam a eficiência do modelo. Um estudo que comparou em 2005, 13 hospitais gerenciados por OS (totalizando 2.998 leitos), com 13 hospitais da Administração Direta (totalizando 2.925 leitos), de porte e características de atendimento semelhante, obteve os seguintes resultados apontados na tabela 3.

INDICADOR	HOSPITAIS	HOSPITAIS	% OSS/ADM. DIRETA
	ADM. DIRETA	OSS	
Orçamento (R\$ milhões)	612,45	662,18	8,1% maior
Taxa de ocupação média (%)	75,80	79,00	4,2% maior
Nº de saídas (mil)	116	166	42,8% maior
Nº de saídas/leito	39,70	58,10	46,1% maior
Gasto médio/saída (R\$)	3.554	2.691	24,3% menor

Tabela 3 – Comparação entre 13 hospitais das OSS e 13 hospitais da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à produção do ano de 2005

Fonte: CSS/SES

Pode-se notar neste quadro que, com um orçamento 8,1% maior, os hospitais gerenciados por OS obtiveram um gasto médio por saída 24,3% menor. Em 2006, o mesmo estudo foi repetido, com os resultados apontados na tabela 4.

INDICADOR	HOSPITAIS	HOSPITAIS	% OSS/ADM. DIRETA
	ADM. DIRETA	OSS	
Orçamento (R\$ milhões)	683,40	775,40	13,5% maior
Taxa de ocupação média (%)	80,10	80,90	0,99% maior
Nº de saídas (mil)	128	161	25,8% maior
Nº de saídas/leito	47,60	55,50	16,6% maior
Gasto médio/saída (R\$)	3.603	3.249	9,8% menor

Tabela 4 – Comparação entre 13 hospitais das OSS e 13 hospitais da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à produção do ano de 2006

Fonte: CSS/SES

Percebe-se que as diferenças entre os hospitais da Administração Direta e das OS têm se reduzido. Tal fato decorre do aperfeiçoamento gradativo do desempenho dos hospitais da Administração Direta, decorrente do grande investimento realizado em materiais, recursos humanos e aquisição de novos equipamentos.

Cabe destacar que, a adoção de novos mecanismos gerenciais de controle, informação e acompanhamento das atividades, somente possível pelo paradigma de qualidade e produtividade representado pelos hospitais das OS, certamente tem estimulado a melhoria dos serviços próprios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A maior eficiência dos hospitais administrados por OS foi obtida com a garantia da qualidade de atendimento reconhecida pelos usuários dos hospitais. Conforme previsto no contrato de gestão, são realizadas pesquisas mensais de satisfação dos usuários, com no mínimo, 10% dos pacientes internado e/ou seus acompanhantes e com 10% dos pacientes que são atendidos em primeira consulta nos ambulatórios.

Em 2006, foram entrevistados 27 mil internados e 45 mil pacientes ambulatoriais e os resultados obtidos apontam que o nível de satisfação dos usuários varia de 80%

a 90% de aprovação, tal como ocorreu em anos anteriores.

Por fim, cumpre salientar que o modelo gerencial das OS também tem sido, frequentemente, objeto de críticas relacionadas em três questões principais:

- As OS seriam uma forma de “privatização” do SUS;
- Os serviços gerenciados pelas OS não estão submetidos ao “controle” social;
- A qualidade dos atendimentos e os resultados positivos são atribuídos por forma de “proteção” das entidades, seja por receberem mais recursos financeiros que os hospitais estaduais da Administração Direta, seja por terem demanda restrita ou seleção de clientela.

Cabe ressaltar que estas críticas genéricas, dificilmente são comprovadas com dados concretos, que confirmem seu acerto, embora a produção dos hospitais administrados pelas OS seja disponibilizada pelos sistemas de informações do SUS, tal como ocorre com todos os demais serviços de sistema.

3 | PROCESSO DE APURAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO

O resultado econômico de uma instituição, de acordo com Catelli (2011), refere-se à variação de sua riqueza em um determinado período. Fundamentalmente, não há divergências entre os autores quanto a essa conceituação, entretanto podem surgir discussões em relação à mensuração dos elementos que compõem essa riqueza.

Catelli (2011) identifica que a mensuração dos custos e receitas, associados, respectivamente, ao valor dos recursos e dos produtos/serviços, consumidos ou elaborados, visando à otimização do resultado econômico da atividade que está sob a responsabilidade de um gestor é um aspecto relevante para a apuração do resultado econômico.

Conforme Ludícibus (2009), para entender a natureza das relações de custos, é necessário primeiro definir, de forma simplista:

- Custos e Despesas Variáveis: os que variam na mesma proporção das variações ocorridas no volume de produção ou outra medida de atividade. Exemplos comumente apresentados como sendo de custos variáveis: matéria-prima, mão-de-obra direta, comissões sobre vendas etc. Algumas despesas variam proporcionalmente com a variação das vendas, mais do que a produção. É o caso típico de comissões sobre vendas.
- Custos e Despesas Fixas: teoricamente definidos como os que se mantêm inalterados, dentro de certos limites, independentemente das variações da atividade ou das vendas. Exemplos muito citados de custos fixos: ordenados de mensalistas, depreciações, aluguéis etc.

Slomski (1996), ao desenvolver o modelo de apuração do resultado econômico

considera que na prestação dos serviços públicos, há uma receita que não está elucidada na contabilidade de entidades públicas, denominada receita econômica, que é constatada “pela multiplicação do custo de oportunidade, que o cidadão desprezou ao utilizar o serviço público, pelos serviços que ela tenha efetivamente executado”.

Nessa perspectiva, o modelo de Demonstração do Resultado Econômico elaborado por Slomski (1996) apresenta a composição conforme tabela 5 a seguir:

DESCRIÇÃO
(+) Receita Econômica
(-) Custos Diretos dos Serviços Prestados
(=) Margem Bruta
(-) Depreciação
(-) Custos Indiretos Identificáveis aos Serviços Prestados
(=) Resultado Econômico

Tabela 5 – Demonstração do Resultado Econômico

Fonte: Slomski (1996)

Posteriormente, o Manual de contabilidade aplicada ao setor público (2009), define que a Demonstração do Resultado do Econômico tem como premissa os seguintes conceitos:

- Custo de Oportunidade (CO): valor que seria desembolsado na alternativa desprezada de menor valor entre aquelas consideradas possíveis para a execução da ação pública;
- Receita Econômica (RE): valor apurado a partir de benefícios gerados à sociedade pela ação pública, obtido por meio da multiplicação da quantidade de serviços prestados (N), de bens ou produtos fornecidos, pelo custo de oportunidade (CO), daí: $RE = N \times CO$;
- Custo de Execução (CE): valor econômico despendido pela entidade na ação objeto da apuração do Resultado Econômico Apurado. É dividido em custos diretos e indiretos.

Inclusive, de acordo com o Manual de contabilidade aplicada ao setor público (2009), a crescente exigência popular a cerca da transparência na gestão dos recursos públicos, objetivando a verificação do aprimoramento dos benefícios gerados à sociedade, revela a necessidade de inserção de um sistema de informações que permita a comprovação de resultados alcançados sob a égide da eficiência e efetividade da gestão. Slomski (1996) entende que ao conjecturar a utilização da Demonstração do Resultado Econômico como um instrumento de evidenciação do cumprimento constitucional da eficiência no setor público, a ferramenta contribui para minimizar a assimetria de informações entre o Estado e a sociedade.

4 | METODOLOGIA

Este trabalho é resultado de uma pesquisa de campo e enquadra-se no método de pesquisa empírico-analítico que, de acordo com Martins (1994), “são abordagens que representam em comum a utilização da técnica de coleta, tratamento e análise de dados marcadamente quantitativos”, no qual o objeto de estudo foi o Ambulatório de Especialidades do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), durante o período de janeiro a dezembro de 2015.

Para a realização da coleta de dados foram consultados os registros de controle dos serviços prestados (consultas médicas) no Ambulatório de Especialidades do HCB nos relatórios mensais de gestão do ICIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2015. Paralelamente, foi obtido na coordenação de finanças do HCB o relatório de custos segregado pelos centros de custos que compõem o Ambulatório de Especialidades.

A definição dos critérios para apuração do custo de oportunidade dos serviços prestados no Ambulatório de Especialidades do HCB (consultas médicas) contemplou dois valores de referência, a seguir:

- Cenário I: valor da consulta médica constante no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> ;
- Cenário II: valor médio da consulta médica praticada em cinco hospitais pediátricos situados nas cidades de São Paulo/SP, São José do Rio Preto/SP, Rio de Janeiro/RJ, Curitiba/PR e Porto Alegre/RS em vigência durante a primeira quinzena de março de 2016 disponibilizado por contato telefônico e/ou mensagem eletrônica.

A justificativa para a exploração de um segundo cenário, fundamenta-se pelo fato de que a contratação dos serviços privados ou de instituições filantrópicas tem sido realizada com base em valores reconhecidamente defasados da tabela SUS e, por vezes, com incentivos à contratualização, conforme a Portaria N° 3.410/2013 do Ministério da Saúde. Os critérios aplicados nos dois casos possibilitará o cumprimento do objetivo principal do estudo, ou seja, a demonstração do resultado econômico do Ambulatório de Especialidades do HCB e a análise comparativa dos dois cenários pesquisados.

5 | RESULTADOS

Fundamentado nas informações coletadas no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP e na pesquisa de mercado realizada em cinco hospitais pediátricos em quatro diferentes cidades

visando à identificação do valor cobrado pelas consultas médicas pode-se evidenciar o valor do custo de oportunidade em dois cenários distintos conforme apresenta a tabela 6 a seguir:

Cenário 1 - Tabela SIGTAP/SUS		Cenário 2 - Valor de Mercado	
DESCRIÇÃO	VALOR	HOSPITAL	VALOR
Tabela SIGTAP/SUS	10,00	Hospital A - Curitiba/PR	300,00
		Hospital B - Porto Alegre/RS	220,00
		Hospital C - Rio de Janeiro/RJ	150,00
		Hospital D - São José do Rio Preto/SP	300,00
		Hospital E - São Paulo/SP	350,00
		Custo Médio	264,00

Tabela 6 – Custo de Oportunidade

Fonte: Dados da pesquisa

Posteriormente, ao identificar o custo de oportunidade pela tabela SIGTAP/SUS e pelo valor médio de mercado unitário das consultas médicas, multiplica-se pelo volume (quantidade) das respectivas consultas do mês de janeiro a dezembro de 2015 para conhecer a receita econômica do Ambulatório de Especialidades do HCB em dois cenários de acordo com a tabela 7 a seguir:

Cenário 1 - Tabela SIGTAP/SUS				Cenário 2 - Valor de Mercado			
MÊS	QTD. CONSULTAS	CUSTO DE OPORTUNIDADE	RECEITA ECONÔMICA	MÊS	QTD. CONSULTAS	CUSTO DE OPORTUNIDADE	RECEITA ECONÔMICA
JANEIRO/2015	5.867	10,00	58.670,00	JANEIRO/2015	5.867	264,00	1.548.888,00
FEVEREIRO/2015	5.962	10,00	59.620,00	FEVEREIRO/2015	5.962	264,00	1.573.968,00
MARÇO/2015	7.154	10,00	71.540,00	MARÇO/2015	7.154	264,00	1.888.656,00
ABRIL/2015	6.476	10,00	64.760,00	ABRIL/2015	6.476	264,00	1.709.664,00
MAIO/2015	5.986	10,00	59.860,00	MAIO/2015	5.986	264,00	1.580.304,00
JUNHO/2015	6.028	10,00	60.280,00	JUNHO/2015	6.028	264,00	1.591.392,00
JULHO/2015	6.145	10,00	61.450,00	JULHO/2015	6.145	264,00	1.622.280,00
AGOSTO/2015	6.767	10,00	67.670,00	AGOSTO/2015	6.767	264,00	1.786.488,00
SETEMBRO/2015	6.017	10,00	60.170,00	SETEMBRO/2015	6.017	264,00	1.588.488,00
OUTUBRO/2015	6.110	10,00	61.100,00	OUTUBRO/2015	6.110	264,00	1.613.040,00
NOVEMBRO/2015	5.980	10,00	59.800,00	NOVEMBRO/2015	5.980	264,00	1.578.720,00
DEZEMBRO/2015	5.413	10,00	54.130,00	DEZEMBRO/2015	5.413	264,00	1.429.032,00
TOTAL	73.905		739.050,00	TOTAL	73.905		19.510.920,00

Tabela 7 – Receita Econômica

Fonte: Dados da pesquisa

A coleta de dados na Coordenação Financeira do HCB proporcionou a identificação dos custos diretos dos serviços prestados, custos com depreciações e custos indiretos identificáveis aos serviços prestados de todos os centros de custos que compõem o Ambulatório de Especialidades do HCB.

As informações foram coletadas por meio de demonstrativos contábeis, essencialmente pelo DRE – Demonstrativo de Resultado do Exercício, razão contábil e relatórios gerenciais elaborados suplementarmente em planilhas *Excel*.

De acordo com o plano de contas do Instituto a composição dos custos diretos dos serviços prestados é composta pelas seguintes contas: medicamentos, material-médico hospitalar, salários e encargos, benefícios, cursos e treinamentos, material de manutenção, material de limpeza e higienização, material de escritório e expediente, outros materiais, serviços de terceiros, manutenção de equipamentos e outros custos gerais.

Os custos indiretos identificáveis aos serviços prestados, por sua vez, são compostos pelas contas de energia elétrica, água e esgoto e telefonia e internet. Já os custos com depreciações são registrados em uma conta única denominada com o mesmo nome.

Sucessivamente foram consolidados os custos mensais de todas as unidades (inclusive as especialidades pediátricas) que constituem o Ambulatório de Especialidades nos três grupos de custos (custos diretos, depreciações e custos indiretos) conforme apresentação na tabela 8 a seguir:

MÊS	CUSTOS DIRETOS	DEPRECIÇÃO	CUSTOS INDIRETOS	CUSTO TOTAL
JANEIRO/2015	1.163.100,36	1.606,33	3.369,63	1.168.076,32
FEVEREIRO/2015	1.122.523,02	1.620,74	4.420,11	1.128.563,86
MARÇO/2015	1.248.435,46	1.674,13	3.876,28	1.253.985,88
ABRIL/2015	1.245.059,52	1.674,15	5.102,82	1.251.836,49
MAIO/2015	1.132.024,18	1.679,19	4.784,31	1.138.487,68
JUNHO/2015	1.225.346,09	1.685,00	5.275,57	1.232.306,66
JULHO/2015	1.268.782,70	1.711,00	5.314,42	1.275.808,12
AGOSTO/2015	1.164.021,22	1.713,78	5.070,92	1.170.805,92
SETEMBRO/2015	1.281.412,80	1.719,37	5.408,23	1.288.540,39
OUTUBRO/2015	1.525.836,55	1.720,51	6.201,23	1.533.758,30
NOVEMBRO/2015	1.305.410,18	1.720,61	6.125,41	1.313.256,20
DEZEMBRO/2015	1.444.908,42	1.728,38	6.023,97	1.452.660,78
TOTAL	15.126.860,49	20.253,20	60.972,90	15.208.086,59

Tabela 8 – Composição dos Custos

Fonte: Dados da pesquisa

Com base no levantamento do custo de oportunidade, receita econômica e dos custos diretos, custos com depreciações e custos indiretos do Ambulatório de Especialidades, resta apurar o resultado econômico nos dois cenários pesquisados conforme o modelo de Slomski (1996), apresentado de acordo com a tabela 9 a seguir:

DESCRIÇÃO	TABELA SIGTAP/SUS	VALOR DE MERCADO
(+) Receita Econômica	739.050,00	19.510.920,00
(-) Custos Diretos dos Serviços Prestados	15.126.860,49	15.126.860,49
(=) Margem Bruta	-14.387.810,49	4.384.059,51
(-) Depreciação	20.253,20	20.253,20
(-) Custos Indiretos Identificáveis aos Serviços Prestados	60.972,90	60.972,90
(=) Resultado Econômico	-14.469.036,59	4.302.833,41

Tabela 9 – Apuração do Resultado Econômico

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela acima evidencia a enorme discrepância do resultado econômico nos dois cenários analisados, particularmente pelos valores apurados na receita econômica, visto que há uma diferença expressiva na composição do custo de oportunidade entre o valor da consulta médica pela tabela SIGTAP/SUS e os valores das consultas médicas praticadas nos hospitais pesquisados.

6 | CONCLUSÕES

Considerando a apuração dos dados obtidos na pesquisa, a partir do modelo proposto por Slomski (1996), é possível perceber visivelmente a imensa disparidade dos resultados nos dois cenários estudados. O cálculo do custo de oportunidade no cenário I por meio do valor da consulta médica constante no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS propiciou a receita econômica no valor total de R\$ 739.050,00 enquanto o custo de oportunidade pelo valor de mercado pesquisado no cenário II resultou na receita econômica no valor total de R\$ 19.510.920,00.

A diferença de valor da receita econômica entre os dois cenários atinge a importância de R\$ 18.771.870,00, equivalente a uma variação de 2.540%. Esse resultado reforça o entendimento que a tabela SUS está excessivamente defasada. De acordo com a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, a cada R\$ 1,00 gasto em procedimento médico, o SUS repassa, em média, apenas R\$ 0,65. Segundo Castro Guerra, vice-presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, hospitais estão sendo fechados porque não conseguem se manter com essa tabela, a qual “vem sofrendo uma desatualização ao longo dos anos. Ou seja, ela não responde mais às necessidades dos hospitais e dos prestadores de serviços”. Desta forma pode-se afirmar que o cenário II é o mais realista e merece uma análise mais aprofundada, pois apresenta os valores que estão sendo atualmente praticados pelo mercado.

Para conhecer o resultado econômico do Ambulatório de Especialidades do

HCB é necessário identificar os custos de execução necessários para a prestação dos serviços. Os dados da pesquisa evidenciaram os custos diretos no valor de R\$ 15.126.860,49, despesas com depreciações no valor de R\$ 20.253,20 e custos indiretos no valor de R\$ 60.972,90 totalizando o custo anual de R\$ 15.208.086,59. Entre os principais custos destaca-se a conta de custos com salários e encargos responsável por 94% do custo total, composto substancialmente pela remuneração médica das diversas especialidades que compõem o ambulatório. Cabe ressaltar que o custo total anual é mesmo apresentado nos dois cenários, pois não há fundamento para diferenciar o custo de execução dos serviços prestados, isto é, o custo de execução dos cenários I e II é idêntico independente da variação do custo de oportunidade.

Assim sendo, ao subtrair o custo total da receita econômica, pode-se mensurar o resultado econômico do Ambulatório de Especialidades do HCB nos dois cenários apresentados. O cenário I, medido pelo custo de oportunidade a partir da tabela SIGTAP/SUS, aponta o resultado econômico negativo de R\$ 14.469.036,59, ou seja, um déficit econômico equivalente a -1.958% da receita econômica. Por sua vez, o cenário II, avaliado pelo valor de mercado, atinge o resultado econômico positivo de R\$ 4.302.833,41, ou seja, um superávit econômico equivalente a 22% da receita econômica.

Em síntese, ao discorrer a cerca dos resultados pesquisados conclui-se que o objetivo deste trabalho foi plenamente atingido, visto que o resultado econômico do cenário II apresenta um superávit econômico de R\$ 4.302.833,41 (quatro milhões, trezentos e dois mil, oitocentos e trinta e três reais e quarenta e um centavos), à medida que os custos de execução dos serviços prestados apontados durante o período da pesquisa foram inferiores ao custo do Estado para contratação dos mesmos serviços pelo valor praticado no mercado privado, de modo a comprovar um desempenho extremamente positivo.

O resultado apresentado no cenário II evidencia que o Hospital da Criança de Brasília José Alencar dispõe de estrutura de governança, adota boas práticas de gestão no Ambulatório de Especialidades e cumpre com os princípios de eficiência e eficácia. Em referência ao processo de *accountability* no setor público, a demonstração do resultado econômico poderá servir como um componente valoroso dos sistemas de prestações de contas, tendo em vista a concepção de ampliação da abrangência visando uma sociedade com maior acesso as informações relativas à prestação de serviço público a fim de proporcionar condições de exercer o papel de fiscalização e avaliação das ações públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 4.320/1964. **Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.** Brasília, DF.

_____. Lei 9.637/1998. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.** Brasília, DF.

_____. Lei 9.790/1999. **Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.** Brasília, DF.

_____. Manual de Contabilidade aplicada ao setor público: **Aplicado à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Válido a partir de forma facultativa a partir de 2010 e obrigatoriamente em 2012 para a União, Estados e Distrito Federal e 2013 para os Municípios.** Portaria STN nº 751, de 16 de dezembro de 2009. Volume V - 2ª Ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação Geral de Contabilidade, 2009.

_____. Portaria 3.410/2013. **Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).** Brasília, DF.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, Nº 45. São Paulo, 1998. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451998000300004&script=sci_arttext >. Acesso em 11/09/2015.

CÂMARA NOTÍCIAS. **Filantrópicas reclamam novamente da falta de reajuste da tabela do SUS.** *Portal da Câmara dos Deputados*. Disponível em: < www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/saude >. Acesso em: 01/02/2016.

CATELLI, Armando (Coordenador). **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica – GECON.** 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

COSTA, Nilson do Rosário. **Alternativa de governança na gestão pública: o caso dos hospitais no modelo de parceria público-privada organização social no Estado de São Paulo.** In: MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde.* Belo Horizonte: Fórum, 2011. P. 93-106.

COSTA, NR, RIBEIRO, JM. **Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social. Programa de Pesquisas Hospitalares “Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil”.** Ministério de Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.

DE LUCA, Luiz (Organizador). **Governança Corporativa em Saúde: conceitos, estruturas e modelos.** IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. São Paulo: Saint Paul Editora, 2014.

ICIPE, Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada. **Relatório Anual de Gestão. Ano 2015.** Disponível em < www.hcb.org.br >.

IUDÍCIBUS, Sérgio. **Contabilidade Gerencial.** Pág. 141. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, G.A. **Manual para Elaboração de Monografias e Dissertações.** 2ª ed., São Paulo: Atlas, 1994.

MODESTO, Paulo. **Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais.** *Revista do Serviço Público.* Ano 48. Nº 02. Mai - Ago 1997. Disponível em < www.bresserpereira.org.br >. Acesso em 16/09/2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. HRP – Human Reproduction Programme.** Disponível em < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf >. Acesso em 28/02/2016.

ROCHA, Silvio Luís Ferreira. **Terceiro Setor. Coleção Temas do Direito Administrativo 7.** São Paulo: Malheiros, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Organizações sociais de Saúde: A Experiência Exitosa de Gestão Pública da Saúde do Estado de São Paulo.** Julho 2007.

SIGTAP (**Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**). Disponível em < <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> >. Acesso em 01/02/2016.

SLOMSKI, Valmor. **Mensuração do resultado econômico em entidades públicas: uma proposta.** 1996. 82 f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) FEA/USP, São Paulo.

A INSERÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TDAH

Maria Laís Costa Campos
Roseanne Cristina Bressan Almeida

RESUMO: O presente artigo visa discutir as possibilidades de inserção do profissional de neuropsicologia em políticas públicas para indivíduos com TDAH. A atuação do neuropsicólogo nos serviços de educação e saúde poderia contribuir para melhorar o diagnóstico e intervenção nestas áreas. No entanto, alguns entraves se apresentam na inclusão desse profissional nesses setores.

PALAVRAS-CHAVE: neuropsicologia, tdah, políticas públicas.

ABSTRACT: This article aims to discuss the possibilities of insertion of the neuropsychology professional in public policies for individuals with ADHD. The role of the neuropsychologist in education and health services could contribute to improve the diagnosis and intervention in these areas. However, some obstacles are present in its inclusion of this professional in these sectors.

KEYWORDS: neuropsychology, ADHD, public policies.

1 | INTRODUÇÃO

O TDAH é um dos transtornos que mais afeta crianças no estágio de desenvolvimento escolar e é atualmente considerado um problema de saúde pública. Portanto, faz-se necessário o reconhecimento de suas particularidades pelos profissionais da saúde e da educação. A conscientização dos profissionais sobre essa problemática poderia auxiliar na efetivação de práticas de intervenção para amenizar os impactos do transtorno no desenvolvimento infantil.

O profissional da neuropsicologia poderia contribuir significativamente no planejamento e execução de políticas para a avaliação e reabilitação de indivíduos com TDAH. No entanto, na análise do cenário nacional percebe-se a atuação desse profissional ainda de maneira tímida e pouco voltada aos serviços públicos de saúde e educação. Esse trabalho visa refletir possibilidades de inserção desse profissional no cenário das políticas públicas para o atendimento de indivíduos com diagnóstico de TDAH. Acredita-se que o neuropsicólogo poderá contribuir significativamente com seu conhecimento teórico tanto na elaboração de projetos como também na realização de planos de intervenção no campo da saúde e da educação.

Considerando esses aspectos, esse artigo apresentará uma breve explanação buscando pontuar o que é a neuropsicologia como também o trabalho desenvolvido pelo profissional dessa área, e as características do TDAH. Secundariamente, ater-se-á a explanação de políticas públicas voltadas para a saúde e para educação relacionadas ao TDAH. Em seguida, serão abordadas possibilidades de atuação do profissional de neuropsicologia em políticas públicas.

2 | A NEUROPSICOLOGIA E AS MODALIDADES DE TRABALHO DO NEUROPSICÓLOGO

A Neuropsicologia se caracteriza como um campo interdisciplinar que visa basicamente compreender as relações entre cérebro e comportamento. Seabra e Capovilla (2009) compreendem que essa área enfoca-se no estudo das funções cognitivas, das emoções, da personalidade e do desenvolvimento, considerando o funcionamento normal e o patológico.

A prática do profissional da Neuropsicologia se concentra em três modalidades: no estudo teórico, que envolve a pesquisa; na clínica, a qual contempla a avaliação e a reabilitação (Consenza *et al* 2008). Ressalta-se que essas modalidades de atuação geralmente envolvem um trabalho multidisciplinar pelo caráter dessa disciplina, o qual é aplicável a diversas esferas, a saber: na saúde, na educação, em projetos assistenciais e na área jurídica, dentre outras.

Depreende-se que a avaliação neuropsicológica contempla o exame baseados em testes, escalas e em avaliações qualitativas, os quais visam descrever o funcionamento cognitivo e emocional, identificando as capacidades preservadas e aquelas que estão em prejuízo (LEZAK *et al.*, 2004). A finalidade da avaliação contempla o auxílio diagnóstico, cuidados e planejamento do tratamento do paciente, reabilitação e avaliação do tratamento, pesquisa, questões forenses (LEZAK *et al.*, 2004).

A reabilitação, como atividade clínica consiste, de maneira geral, em uma intervenção que visa a adaptação do indivíduo após o processo de avaliação neuropsicológica, na qual se identificou déficits decorrentes de uma lesão ou algum tipo de transtorno. Conforme Pontes e Hübner (2008) a definição da reabilitação compreende o ensino de estratégias alternativas para o desenvolvimento de novas habilidades e a adaptação aos déficits, almejando garantir qualidade de vida ao paciente.

O neuropsicólogo pode atuar na intervenção de diversas disfunções, tais como: autismo, deficiências físicas e mentais, dislexia, esquizofrenia, demências, ansiedade, epilepsia e quadros de transtornos adquiridos (Consenza *et al* 2008). Dentre os diversos transtornos que o profissional da Neuropsicologia pode atuar com seu saber, destaca-se o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), o qual será

descrito brevemente no tópico a seguir.

3 | TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O TDAH pode ser definido como um transtorno neuropsiquiátrico que tem como características singulares a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, afetando o ajustamento social do indivíduo e acarretando demais prejuízos (DESIDERIO; MIYAZAKI, 2007). Tende-se a considerar o TDAH como um transtorno do desenvolvimento infantil por sua evidenciação ser mais clara em crianças, no entanto esta condição deficitária pode acompanhar o indivíduo por todos os estágios de sua vida.

O diagnóstico de TDAH geralmente é realizado em etapa escolar, pois é o momento em que a criança precisa se ajustar aos padrões exigidos pelo contexto escolar. Tonelotto (2003) aponta um dado interessante da Associação Americana Psiquiatra, afirmando que tal transtorno afeta de 3 a 5% da população escolar, sendo mais comum em meninos que em meninas.

O TDAH se caracteriza por ser um transtorno multicausal sendo influenciado por fatores ambientais (agentes psicossociais) e genéticos (estudos moleculares e de genes específicos). Estudos realizados em genética molecular demonstram que os genes do transtorno estão associados ao sistema dopaminérgico e serotoninérgico (LOUZÃ NETO, 2007).

Apesar de todos esses achados, os resultados dos estudos do transtorno ainda são bastante contraditórios necessitando mais embasamento para obter dados mais seguros que possam ajudar na compreensão da etiologia e elaboração de estratégias de prevenção (ROHDE, 2003). Muitos estudos questionam a existência do transtorno e tendem a associar o crescimento do número de diagnósticos ao crescimento de disponibilização de informação (fenômeno do excesso de informação) e da mudanças das instituições sociais, além da questão da manutenção de interesses de uma categoria (CALIMAN, 2008, 2010).

Os estudos de neuroimagem demonstram uma pequena redução no volume do cérebro desses indivíduos e redução da atividade nos lobos frontais e intensa ativação de outras áreas. Esses achados podem confirmar os diversos déficits cognitivos apresentados pelos estudos de neuropsicologia, são eles os déficits nas funções executivas, além de afetar a inibição da resposta, memória espacial, planejamento e mudanças de estratégia e vigilância (LOUZÃ NETO, 2007).

Ressalta-se a necessidade de um cuidado especial deve ser tomado na avaliação de um indivíduo adulto, pois não existem critérios bem definidos para o transtorno na vida adulta (LOUZÃ NETO, 2007). A avaliação deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, visando contemplar aspectos biopsicossociais do indivíduo e possibilitando o diagnóstico diferencial.

Como tratamento ao TDAH prioriza-se a combinação das abordagens

farmacológicas e psicossociais e também a psicoeducação. Para o tratamento farmacológico, geralmente, utiliza-se o metilfenidato. Ainda se pode utilizar de antidepressivos como segunda opção de tratamento, mas o seu uso deve ser cauteloso e associado à psicoestimulantes. Estudos que questionam a existência do transtorno geralmente se opõem a utilização de um tratamento medicamentoso atrelando-o a interesses econômicos (CALIMAN, 2010). O uso do metilfenidato de forma indiscriminada e sem a comprovação de um diagnóstico seguro suscitam questionamentos éticos.

Quanto às abordagens psicossociais no tratamento destaca-se o trabalho da psicoterapia e da psicoeducação que podem atuar no melhor ajustamento do indivíduo, trabalhando aspectos comportamentais e emocionais que são derivados do transtorno e que trazem prejuízos à vida do indivíduo. Esta parte do tratamento é essencial para reduzir a probabilidade de aparecimento de problemas mais complexos associados à comorbidades e demanda a participação do profissional da neuropsicologia na equipe multidisciplinar.

4 | POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS E EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Nos últimos anos, as discussões sobre políticas públicas têm ocupado cada vez mais espaço nos meios de comunicação e em fóruns sociais, como resultado do acompanhamento atento da sociedade às questões de seu interesse. Dentre os diversos conceitos existentes, uma definição abrangente, suficiente para os objetivos deste estudo, é a de Lopes & Amaral (2008) de que Políticas Públicas são “um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade”. Estão envolvidos no processo de formulação de uma política pública inúmeros atores, além do próprio governo, que abrangem grupos sociais, entidades representativas de classes, associações, sindicatos, entre outros (LOPES, AMARAL, 2008).

No âmbito educacional, abordar políticas públicas refere-se a abordar políticas aplicadas, principalmente, à educação escolar, uma vez que o conceito de educação é bastante amplo e envolve esferas não submetidas à responsabilidade governamental (OLIVEIRA, 2009). A principal política referente à educação é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9.394/96). A LDB baseou-se nas diretrizes propostas por documentos internacionais, enfatizando a erradicação do analfabetismo e legitimando o acesso igualitário e permanência na escola, desde a educação primária até a superior (FIORIN, FERREIRA, MANCKEL, 2013).

Outra política educacional importante é o recém-aprovado Plano Nacional de Educação (PNE) (Lei 13.005/2014). Este documento determina diretrizes para políticas públicas de educação para o período de dez anos desde sua entrada em vigor, entre as quais estão a universalização ao atendimento escolar, a superação das desigualdades

educacionais e valorização dos profissionais da área.

No que concerne à educação especial, a LDB, em seu artigo 4º, parágrafo III, assegura que “o dever do Estado com a educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino” (BRASIL, 1996). A atenção ao assunto é complementada no Capítulo 5 do documento, “Da Educação Especial”. O PNE também inseriu a educação inclusiva entre suas metas (cf. Meta 4, Lei 13.005/2014).

Outros dispositivos versam sobre políticas voltadas à educação escolar inclusiva, dentre os quais destaca-se a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2007), que propõe as diretrizes para a educação escolar inclusiva, pelo reconhecimento de que a rede de ensino regular ainda não é capaz de responder às necessidades especiais de seus alunos e as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Resolução CNE/CEB nº 02/2001).

No que se refere à educação de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, não existe no Brasil legislação específica sobre o assunto (NAVAS, 2013). A resolução CNE/CEB nº 04/2009, que determina diretrizes operacionais para o Atendimento Educacional Especializado, não inclui as dificuldades ou transtornos de aprendizagem em seu público-alvo; da mesma maneira, a resolução CNE/CEB nº 02/2001 não versa especificamente sobre o TDAH ou transtornos específicos de aprendizagem.

Em 2010, foi proposto o Projeto de Lei 7.081/2010, que objetiva instituir a obrigatoriedade e manutenção de programas de diagnóstico e tratamento para o TDAH e Dislexia, contando com a atuação de uma equipe multiprofissional. O projeto aguarda decisão da Comissão de Finanças e Tributação¹ da Câmara dos Deputados.

É importante ressaltar que há entidades representantes de classes posicionando-se contrariamente este projeto de lei e à chamada medicalização da educação, como o Conselho Federal de Psicologia. Para este órgão, a aprovação do projeto não traria benefícios quanto à melhoria da qualidade da educação, nem maior inclusão, assim como contraria princípios do Sistema Único de Saúde (CFP, 2014). Na contramão, estão entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Associação Brasileira de Déficit de Atenção.

5 | POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E TDAH

A abordagem das políticas públicas de saúde relacionadas ao TDAH exige que seja traçado um panorama acerca das políticas de saúde mental voltadas para o público infanto-juvenil, uma vez que o transtorno é diagnosticado mais frequentemente na população escolar. Entretanto, tanto no cenário mundial quanto no brasileiro, a

¹ De acordo com o site da Câmara dos Deputados, no endereço: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404>>.

presença de políticas voltadas à atenção à saúde mental desta faixa etária é escassa (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

O atual contexto das políticas públicas de saúde mental é orientado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sumarizadas na lei nº 10.216/2001. Como parte do processo de reforma sanitária, a Reforma Psiquiátrica foi possível graças às garantias de acesso à saúde presentes na Constituição Federal de 1988 e na lei 8.080/1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde. O reconhecimento de que a atenção à saúde infanto-juvenil também é de responsabilidade do SUS foi regulamentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990 (MS, 2014).

Para a aplicação do novo modelo de cuidado defendido pela reforma, foram criados dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos, que devem se organizar em redes de atenção e ter como referência os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS têm por função ofertar tratamento para pessoas com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo (BRASIL, 2004).

Dentre os cinco tipos de CAPS (I, II, III, III AD, AD, i), os CAPSi são os dispositivos especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, que devem ser instituídos em municípios com mais de 200 mil habitantes. A equipe dos CAPS i deve ser, assim como naqueles destinados a outros públicos, multiprofissional, incluindo profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2005). É importante ressaltar que, nos municípios de pequeno porte e naqueles onde não há cobertura do CAPSi, a atenção à saúde mental do público infanto-juvenil deve ficar a cargo dos outros dispositivos, assim como da rede de atenção básica (idem).

A organização em rede da atenção à saúde implica que os CAPSi devem atuar em conjunto com outras instituições na promoção da saúde mental infanto-juvenil, como escolas, creches, conselhos tutelares, abrigos e postos de saúde (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

6 | CATEGORIAS PROFISSIONAIS ENVOLVIDAS NA ABORDAGEM AO TDAH

A complexidade do transtorno exige a atuação de uma equipe multiprofissional, a começar pela realização do diagnóstico. Se realizado corretamente, o diagnóstico possibilita o tratamento adequado, a adoção de medidas de inclusão educacional e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida².

Esse processo é clínico, considerando que não existem testes físicos, neurológicos ou psicológicos que comprovem a presença do TDAH (GRAEFF, VAZ, 2008), sendo utilizados, como instrumentos, entrevistas com a criança, os pais e

² Consta em Carta Aberta à Sociedade sobre Diagnóstico, Tratamento e Políticas Públicas Relativas aos Transtornos de Aprendizagem e ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, publicado em Dezembro de 2012, pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNP).

professores, a realização de exames físicos e avaliação psicológica, neuropsicológica, fonoaudiológica e motora consistente (CARREIRO et al, 2008; FARIAS, 200-). Assim, a abordagem ao TDAH envolve médicos, psicólogos, pedagogos, fonoaudiólogos e pode envolver também terapeutas ocupacionais, e educadores físicos, além de profissionais especializados em Neuropsicologia e Psicopedagogia.

Na escola, o manejo do aluno com TDAH também é multiprofissional e envolve, além dos professores em sala de aula, pedagogos, psicopedagogos, o psicólogo escolar e também o educador físico. Um papel bastante importante, tanto na identificação do transtorno quanto no manejo do aluno com TDAH, é o do professor, por poder observar a criança em variadas situações e no desempenho de diferentes atividades (ABDA). O aspecto mais visível do transtorno neste meio, geralmente, é a hiperatividade (MARTINS, 2008), o que dificulta que seja elaborada uma proposição diagnóstica correta apenas com base na observação da criança neste ambiente.

No âmbito saúde, a assistência prestada pelo CAPS deve ser multiprofissional, como já mencionado. A equipe do CAPSi deve ser composta por um médico (que pode ser psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental), um enfermeiro, e mais quatro profissionais de ensino superior (entre: psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo e assistente social) (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

7 | A INSERÇÃO DO NEUROPSICOLOGO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA O TRATAMENTO DO TDAH

Na análise das políticas de educação e saúde voltadas ao TDAH, foi possível constatar que o neuropsicólogo ainda não está incluído como uma categoria profissional. Diversos fatores acabam por solapar sua inserção nas políticas públicas nos setores de educação e saúde. Dentre esses, ressalta-se que a neuropsicologia é um campo de saber emergente no país e apenas foi reconhecida como especialidade da Psicologia em 2004.

Como atuação recente no país, em alguns espaços não existe um quantitativo adequado de profissionais qualificados nessa área, que não estão presente em número suficiente em muitos serviços e nem sua necessidade nestes é reconhecida. Essa questão também entrava a articulação entre os profissionais dessa área para elaboração de propostas de atuação.

Além disso, a neuropsicologia se concentra mais na atuação da rede privada dos setores sociais, devido ao seu custo elevado para os padrões da maior parte da população brasileira. Desse modo, por consequência, o trabalho do neuropsicólogo se torna escassamente desenvolvido nos serviços públicos da rede de educação e saúde. Não se pode olvidar ainda que a formação e qualificação desse profissional ainda é elitizada, e o seu instrumental (escalas e testes da avaliação neuropsicológica)

é bastante específico e também de alto custo, o que contribui para o aumento do valor remuneratório de seu trabalho.

Outro fator que colabora para o distanciamento desse profissional das equipes multidisciplinares da saúde e da educação é o desconhecimento por parte dos profissionais que atuam nesses setores. Tal desconhecimento dificulta o encaminhamento de pacientes para a intervenção neuropsicológica. A ausência de reconhecimento desse profissional em serviços multidisciplinares também impossibilita o diálogo com seus pares e a articulação de projetos de intervenção para categorias especiais.

O profissional de neuropsicologia poderia auxiliar na elaboração do diagnóstico de indivíduos com TDAH, no cenário da saúde e educação, tendo em vista o arcabouço teórico de sua formação e a peculiaridade desse transtorno. A avaliação neuropsicológica pode contribuir para elaborar o diagnóstico de TDAH. O profissional da Neuropsicologia pode utilizar-se de escalas de rastreio de sintomas, identificando déficits como também as potencialidades e ainda a presença de comorbidades (MALLOY-DINIZ, *et al.*2008).

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi apresentado ao longo deste estudo, é possível estabelecer algumas considerações acerca da atuação do neuropsicólogo nas políticas públicas de educação e saúde voltadas ao TDAH. Primordialmente, enfatiza-se a necessidade de que as instâncias formuladoras e executoras de políticas voltem sua atenção a este público, uma vez que o único projeto de lei específico ainda está por ser votado. Da mesma forma, deve ser assegurado à pessoa com este transtorno o acesso ao tratamento por uma equipe multiprofissional, visando abarcar a complexidade do fenômeno.

Quanto à especificidade do trabalho do neuropsicólogo, ressalta-se a importância das sociedades representativas de classes profissionais ao informar ao grande público, às instâncias governamentais e a outras categorias profissionais sobre o papel desempenhado por esse profissional na atenção à pessoa com TDAH. Além disso, sugere-se que o neuropsicólogo deva ser incentivado a construir projetos que possam ser aplicados em serviços comunitários e públicos, mesmo que os recursos sejam escassos nestes meios.

O trabalho do neuropsicólogo pode aumentar a segurança e eficiência das formas atuais de diagnosticar e tratar o TDAH, promovendo inclusão social e saúde. Por fim, defende-se que a inserção do neuropsicólogo nas políticas públicas proporcionará benefícios que extrapolam os custos envolvidos nesta área ainda pouco conhecida, uma vez que a abrangência das atividades executadas por esse profissional promove impactos em todas as atividades humanas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de Junho de 2014. **Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências.** [online]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm> Acesso em 05/03/2015.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27834-27841.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.** Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CALIMAN, L.V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, v.13, n. 3, p. 559-566, 2008.
- CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade TDAH. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, v. 30, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005&lng=en&nrm=i>. Acesso em: 01 de março de 2015.
- CARREIRO, Luís; JORGE, Marcia; TEBAR, Marina; MORAES, Pedro; et al. Importância da interdisciplinaridade para avaliação e acompanhamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 10 n. 02, p. 61-7, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **TDAH e Dislexia:** CFP faz ressalvas a PL. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/tdah-e-dislexia/>>. Acesso em: 04 de março de 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO BÁSICA. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Resolução CNE/CEB 02/2001 de 11 de setembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO BÁSICA. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Resolução CNE/CEB 04/2009, de 02 de outubro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília.
- CONSENZA, R. M *et al.* A evolução das ideias sobre a relação entre cérebro, comportamento e cognição. In: _____. FUENTES, D., MALLOY-DINIZ, L., CAMARGO, H., COSENZA, R. (Orgs.) *Neuropsicologia: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DELGADO, P.; Couto, Maria Cristina; Duarte, Cristiane. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. Rio de Janeiro, **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2008;30(4) : 390-8.
- DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S.. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.), Campinas, v. 11, n. 1, Junho, 2007.
- FARIAS, Antônio Carlos. **TDAH e Equipe Multidisciplinar - Abordagem Neuropediátrica.** (Data de

publicação desconhecida). Disponível em: <http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=100:tdah-e-equipe-multidisciplinar-abordagem-neuropediatrica-&catid=60:tdah&Itemid=147> Acesso em 05/03/2015.

FIORIN, Bruna; FERREIRA, Liliana; MANCKEL, Maria Cecilia. A lei 9394/96 como política educacional e o trabalho dos professores. **Debates em Educação**. Maceió, Vol. 5, nº 9, Jan./Jun., 2013.

GRAEFF, Rodrigo; VAZ, Cícero. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, v.19 n.3, 2008.

LEZAK, M. D. et. al. *Neuropsychological Assessment*. 4 ed. New York, NY: Orford, 2004.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson. **Políticas Públicas: Conceitos e Práticas**. Volume 7. Série Políticas Públicas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

LOUZÃ NETO, M. R. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no adulto. In: _____ ELKIS, H.; LOUZÃ NETO, M. R et al. *Psiquiatria básica*. 2º ed. São Paulo: Artmed, 2007.

MALLOY- DINIZ, et al. Neuropsicologia no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: _____. FUENTES, D., MALLOY-DINIZ, L., CAMARGO, H., COSENZA, R. (Orgs.) *Neuropsicologia: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MARTINS, Claudia S. **Políticas Públicas de Educação Especial e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H)**. Dissertação (Programa de Mestrado em Educação). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2008.

NAVAS, Ana Luiza. **Políticas públicas educacionais no Brasil ignoram crianças com transtornos do déficit de atenção e com transtornos de aprendizagem**. (2013).

Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/412-tdah-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-educacionais-no-brasil-ignoram-crian%C3%A7as-com-tdah-e-com-transtornos-de-aprendizagem.html#sthash.ZCPvLplr.dpuf>> Acesso em 05/03/2015.

OLIVEIRA, Adão. Políticas públicas educacionais: conceito e contextualização em uma perspectiva didática. In: OLIVEIRA, A., PIZZIO, A., FRANÇA, G. **Fronteiras da Educação: desigualdades, tecnologias e políticas**. Goiânia: Editora PUC de Goiás, 2009. [disponibilizado via web].

PONTES, Livia Maria Martins; HUBNER, Maria Martha Costa. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. *Revista psiquiatria clínica*, São Paulo, v.35, n.1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 de março de 2015.

ROHDE, L. A.; et al. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SEABRA, A. G; CAPOVILLA, F. C. Uma introdução à Neuropsicologia e à avaliação neuropsicológica. In: _____. SEABRA, A. G; CAPOVILLA, F. C. *Teoria e pesquisa em avaliação neuropsicológica*. 2ª ed. São Paulo: Memnon, 2009.

SENA, S. S; SOUZA, K. S. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. *Temas em Psicologia*, São Paulo, v. 16, n. 2, maio 2008.

A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA

Maria Carlota de Rezende Coelho
Rosangela Alvarenga Lima
Silvia Moreira Trugilho
Maristela Dalbello - Araujo

RESUMO: As lutas sociais no Brasil foram fundamentais na garantia do Estado de Direito. Este texto, elaborado a partir de uma pesquisa qualitativa com a utilização de fontes documentais, aborda a relação entre Estado e sociedade civil, com ênfase na importância dos movimentos e lutas sociais voltados à garantia dos direitos à saúde. Sua realização tem como cenário o surto de Micobactéria ocorrido no Espírito Santo no ano de 2004 e o olhar do Ministério Público para o surto, destacando seu posicionamento em favor do direito à saúde, com a responsabilização das instituições da rede de saúde suplementar pelos danos causados as vítimas da infecção por Micobactéria.

PALAVRAS-CHAVE: Lutas sociais. Políticas públicas. Infecção hospitalar. Direito à saúde.

ABSTRACT: Social struggles in Brazil were fundamental in guaranteeing the rule of law. This text, based on a qualitative research using documentary sources, addresses the relationship between the State and civil society, with emphasis on the importance of social movements and struggles aimed at guaranteeing

the rights to health. Its performance is based on the outbreak of Mycobacterium in Espírito Santo in 2004 and the Public Prosecution's outlook for the outbreak, highlighting its position in favor of the right to health, with the responsibility of the institutions of the health network to supplement the damages caused. The victims of Mycobacterium infection.

KEYWORDS: Social struggles. Public policy; Hospital infection; Right to health

1 | INTRODUÇÃO

O presente texto decorre de um estudo situado na interlocução entre o campo das ciências da saúde e o das ciências sociais e tem como objetivo refletir sobre o surto de Micobactéria enquanto um significativo problema de saúde, bem como destacar a importância da luta social na garantia dos direitos à saúde, tomando por objeto a ação do Ministério Público do estado do Espírito Santo no contexto de enfrentamento de um surto de Micobactéria. Neste aspecto, traz à baila a relação entre o Estado e a sociedade civil, no reconhecimento dessa última como um espaço de lutas voltadas à conquista e defesa dos direitos sociais.

Metodologicamente, o estudo consistiu

em uma pesquisa qualitativa realizada a partir de coleta de informações em fontes documentais, a saber: o relatório da ANVISA sobre a investigação de casos de infecções por Micobactéria no Brasil; a RDC nº 15 (2004) que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde; e, em especial, o documento da Ação Civil Pública (ACP) gerada pelo Ministério Público (MP) do ES.

Os dados coletados nos documentos, mais especificamente na ACP, foram tratados pela utilização do método de análise qualitativa descrito por Gil (2009). Inicialmente, procedeu-se à exaustiva leitura dos documentos, extraíndo dos mesmos os dados considerados significativos para os objetivos do estudo. Em seguida os dados extraídos foram organizados conforme a aderência aos objetivos do estudo, de modo a permitir sua análise interpretativa.

2 | SAÚDE PÚBLICA E EMBATES NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NUM SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA NO ESPÍRITO SANTO

As lutas sociais no Brasil, principalmente na década 1980, foram fundamentais na garantia do Estado de direito. Na política de saúde, em especial, destaca-se a construção do arcabouço legislativo do Sistema Único de Saúde (SUS), que efetiva o direito à saúde. Entretanto, é mister enfatizar aqui que a concretização dos direitos se faz a partir de lutas sociais na sociedade civil e requer a constante e vigilante ação para se preservar e ampliar as conquistas históricas, que devem ser garantidas no âmbito do Estado.

Em 2004, no estado do ES, o segundo estado com maior número de casos, a infecção por Micobactéria de Crescimento Rápido (MCR) se instalou na rede hospitalar da saúde suplementar da Grande Vitória, acometendo 227 pacientes causando um transtorno sem precedentes na credibilidade das instituições acometidas e, por consequência, atingindo ao conjunto de profissionais de saúde que atuavam nessas instituições. Nessa época, o Brasil, em geral e o Espírito Santo (ES) em particular, vivia uma experiência traumática no campo da saúde pública em função do crescente número de casos de infecções por Micobactéria.

Assim, um Grupo de Trabalho (GT) de Investigação de Surtos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), em âmbito nacional, foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em dezembro de 2009 e, em julho de 2010, foi oficialmente instituído para propor diretrizes e estabelecimento de um programa de investigação e controle de surtos (BRASIL, 2011), ou seja, cinco anos após a instalação do referido surto, que o Estado institui as diretrizes para investigar e controlar esse tipo de surto.

O desconhecimento das autoridades sanitárias e dos profissionais de saúde à época, aliado ao equívoco na instalação de métodos apropriados de higienização, desinfecção e esterilização de produtos para a saúde, permitiu que o microrganismo

se propagasse, caracterizando um surto epidêmico no ES, constatado pela ANVISA (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que as orientações da ANVISA, para as instituições de saúde seguem o Regulamento Técnico (RDC N° 15), que estabelece os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2012). Dessa forma, todas as instituições de saúde devem seguir o Regulamento Técnico para garantir as boas práticas no processamento de produtos para a saúde.

Vale também esclarecer que o referido microrganismo, vive em diversos locais na natureza, e que para encontrá-lo em uma ferida cirúrgica, por exemplo, é necessário que ele seja ali inoculado. Uma vez inoculado, de maneira silenciosa, o microrganismo se multiplica, invadindo tecidos, órgãos e cavidades. A queixa principal dos pacientes é a supuração nas incisões cirúrgicas, com vazamento de secreção seropurulenta e o insucesso na cicatrização, mesmo em uso de antimicrobianos (MALTA, 2004).

Como já assinalado, o surto se instalou no ES, na rede de saúde suplementar, num período em que se verifica, tanto no ES como no Brasil, uma significativa expansão dessa modalidade de atenção em saúde, que marca as últimas décadas. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), estima-se em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do país. O expressivo percentual (38,7%) de brasileiros que utilizam a saúde suplementar vem colocando na agenda governamental a necessidade de estabelecimento de um ordenamento jurídico legal para o setor, que incorpore a regulamentação desse mercado privado e a definição das suas responsabilidades.

Em 1998, observou-se a primeira movimentação do governo para a regulamentação da saúde suplementar no Brasil. Em 2000, surgiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil cujo objetivo é o de regulação. De maneira simplificada regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público (SIQUEIRA, 2014).

Os embates sobre a regulação do sistema suplementar pelo sistema público de saúde se estenderam até o aparelho de Estado. Enquanto o Ministério da Fazenda defendia uma regulação governamental de menor intensidade, onde o centro era a regulação econômica e financeira, o MS defendia uma ação mais efetiva do Estado, colocando a regulação também no aspecto assistencial. A criação da ANS definida como órgão regulador único significou um importante passo na regulação do mercado, ampliando o papel de regulação no controle da assistência (SIQUEIRA, 2014).

As lutas sociais, com centralidade nas contradições inerentes à sociedade capitalista, representam um processo heterogêneo de interesses distintos relacionados

a diferentes projetos societários (MONTAÑO, 2005). É nessa esfera que se dispõem os embates sobre a regulação do sistema suplementar, revelando uma luta de interesses contraditórios e antagônicos.

De um lado, se colocam alguns autores e autoridades governamentais que acreditam que o sistema suplementar é um obstáculo e será superado a partir do maior amadurecimento do sistema público e contextos econômicos mais favoráveis da Reforma Sanitária. De outro lado, se colocam os defensores do sistema suplementar que acreditam na sua expansão a partir da comprovada eficiência do mercado e da inviabilidade do Estado se responsabilizar pela saúde de todos os brasileiros (BAHIA, 2005).

Em termos gerais, três questões marcam a relação entre o sistema público de saúde e o sistema suplementar. A primeira delas refere-se ao debate sobre a legitimidade e intensidade da intervenção governamental no sistema suplementar, ancorados nos pressupostos da liberdade de trocas entre vendedores e consumidores. Sob essa premissa questionam a legislação do SUS referente à regulamentação das atividades da saúde suplementar. A segunda questão se refere aos valores de remuneração das atividades assistenciais pagas pelo sistema público, às instituições do sistema suplementar conveniadas ao sistema público. A terceira questão, talvez a mais polêmica, seja a cobrança do SUS ao sistema suplementar pelo uso de serviços públicos por clientes de planos de saúde, o que sobre o pressuposto da saúde como direito do cidadão e dever do Estado à saúde suplementar entende que este tipo de cobrança é inconstitucional (BAHIA, 2005).

Como visto, as contradições, conflitos e polêmicas que norteiam os estudos sobre a regulação e as relações que são estabelecidas entre o sistema público de saúde e o sistema suplementar são diversificados. Em relação à qualidade da assistência há estudos que apontam que a criação da ANS foi um avanço, mas ainda existe um grande percurso na sua consolidação (BRASIL, 1998; 2000a).

O estudo realizado por Malta (2004), que versa sobre perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais, aponta que convive-se no Brasil, na atualidade, com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor saúde.

Estes autores apontam que a fragmentação e descontinuidade da atenção comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo as redes de cuidados básicos, especializados e hospitalares. Já no entendimento do Ministério Público do ES a saúde suplementar é entendida como um produto a ser consumido por grande parte da sociedade brasileira, portanto, entra em cena os órgãos de defesa do consumidor, que poderá utilizar-se das medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis para assegurar sua atuação na Ação Civil Pública (ACP).

AACP foi instituída pela Lei 7.347/95 com a finalidade de efetivar a responsabilização por danos ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. Trata-se de um instrumento processual destinado à proteção

da sociedade, adequado para impedir e reprimir abusos, ou seja, a manutenção dos interesses difusos, coletivos e/ou individuais homogêneos (MAZZILLI, 2006).

Para Mazzilli (2006), o MP apresenta-se como um órgão que assegura os direitos de cidadania, orientado pela premissa de assegurar o respeito e o exercício dos direitos individuais e coletivos, por meio de fiscalização do cumprimento das leis no âmbito das três esferas de governo, garantindo a efetiva prestação de serviços à população, estando alerta a atos de inconstitucionalidades.

A autonomia do MP para expedir notificações, requisitar informações e documentos para a instrução de procedimentos investigatórios, possibilita permear vários segmentos que prestam serviços à sociedade. Para tanto, é condição *sine qua non* que o MP esteja livre de interesse político-partidário. Sendo assim, a Constituição Federal de 1988, art. 127, §2º, o habilita a dar direção própria aos assuntos de sua competência, bem como autonomia político-administrativa e financeira.

3 | AÇÃO CIVIL PÚBLICA, LUTA SOCIAL E O DIREITO À SAÚDE

A análise do documento da Ação Civil Pública permite destacar em seu conteúdo trechos que desvelam a atenção do Ministério Público para com o surto de Micobactéria no Espírito Santo, no que se refere aos seguintes aspectos: a ação do Estado mediante a mobilização social das vítimas, a relação entre o sistema público e a saúde suplementar, a negligência nas boas práticas de saúde, a garantia de direitos.

Uma atenção mais acurada no exame do documento, no entanto, possibilita a ultrapassagem da aparência para a essência na compreensão da luta empreendida pelas vítimas da contaminação pela Micobactéria no Espírito Santo. Nesse âmbito, cumpre destacar a importância da mobilização social das vítimas para o alcance do direito à saúde, reconhecendo que o protagonismo nesse processo social recai na associação das vítimas de Micobactéria e não na ação do Ministério Público, representante do Estado.

A esse respeito toma-se aqui o ponto de vista de Montañó (2005) no qual a mobilização social é compreendida como processo de luta que obriga o Estado a absorver as demandas por direitos sociais e a incorporá-las como sua função na atenção e resposta a tais direitos.

Ainda, como elementos contidos no documento da ACP, podem ser destacados os seguintes: a motivação para a instituição da ACP; a ausência de notificação dos casos de contaminação por Micobactéria; a atenção dada ao problema pelos médicos de forma subestimada; a dificuldade vivenciada pelas vítimas para acesso ao tratamento medicamentoso, a cobrança do tratamento reparador; a responsabilização dos casos de infecção; as cirurgias causadoras da infecção por Micobactéria

Em relação à medida jurídica adotada pelo MP frente aos casos de contaminação por Micobactéria no Espírito Santo, é notório que, em 08 de janeiro de 2008, um ano

antes da criação do GT da ANVISA para investigação e proposição de medidas de controle de infecção por Micobactéria, o MP instituiu a ACP, numa ação que antecipa a intervenção do órgão público de vigilância à saúde. Cabe ressaltar, porém, que a iniciativa do MP foi motivada pelo conhecimento do surto, mas mediado pela luta de uma associação das vítimas de infecção por esse microrganismo. Destaca-se abaixo o trecho do documento da ACP relacionado à abertura da Ação do MP:

[...] o Ministério Público do Estado do Espírito Santo, por seu Órgão de Execução adiante firmado, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no artigo 129, inciso III, artigos 5º inciso XXXII, 170 inciso V, 196, 197, 127, II, da Constituição Federal, artigos 927, 949 e 461 do Código Civil, artigos 4º, 6º, incisos I, VI, VII e VIII, 14, 81, inciso III da Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor, artigo 5º Lei 7.347/85, respeitosamente, comparece perante Vossa Excelência, a qual esta couber por distribuição, propor a presente Ação Civil Pública [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 1).

Neste primeiro fragmento do documento da ACP estão explícitos os fundamentos legais que garantem ao MP as prerrogativas de abertura desta ação. O documento apresentado vem assinado por um promotor de justiça do MP do ES endereçado ao juiz de direito da Vara Cível de defesa do consumidor da comarca da capital do ES.

No que se refere à importância da organização dos sujeitos sociais na esfera da sociedade civil, torna-se esclarecedor apresentar o que consta no documento da ACP a respeito da organização das vítimas de infecção Micobactéria como efetivo instrumento de luta social:

Essa intervenção do MP, só foi possível em razão da grande mobilização que os pacientes e vítimas da infecção realizaram. Eles foram os protagonistas desse movimento, desse processo e sem eles nada seria possível, eles com todo o seu sofrimento conseguiram superar as suas dificuldades pessoais para com o olhar coletivo, lutar pelos direitos da sociedade (DOCUMENTO DA ACP, p. 1).

A visão do representante do MP demonstra uma sensibilidade para com a mobilização das vítimas e o reconhecimento da importância dos movimentos sociais e do protagonismo do sujeito social na luta pelo direito à saúde. Mas é preciso atenção para não se deixar levar pelas aparências, especialmente em tempos de neoliberalismo e tendências de efetivação um Estado liberal. Necessário manter em mente que as conquistas históricas dos trabalhadores devem ser garantidas no âmbito do Estado (MONTAÑO, 2005). E, portanto, inegável que o alcance e a preservação de conquistas sociais demandam um Estado que se apresente como guardião dos direitos sociais e que não se furte de sua responsabilidade em assegurar a proteção social aos cidadãos.

Na ACP também é feita alusão às instituições da rede suplementar de saúde do ES que foram denunciadas pelas vítimas de infecção hospitalar por Micobactéria, com a seguinte descrição que revela a extensão do surto:

[...] uma quantidade indeterminada de pessoas foi submetida à cirurgia mediante

videolaparoscopia, em 11 (onze) hospitais particulares do ES. Durante o procedimento cirúrgico relatam que foram contaminados por infecção hospitalar, denominada Micobactéria, formando-se um processo infeccioso que requer tratamento longo, dolorido e oneroso [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 2).

Consta ainda na ACP que as vítimas da infecção por Micobactéria antes de procurarem o MP para denunciar as instituições, retornaram a estas buscando solucionar a infecção adquirida, sendo então submetidas a outros processos invasivos de tratamento. Portanto, as vítimas entendiam que a responsabilidade sobre os danos causados pelos procedimentos que geraram a infecção era do hospital onde foram inicialmente atendidos em suas necessidades de saúde.

Sobre as condições de saúde em que se encontravam as vítimas da infecção hospitalar por Micobactéria, à época, encontra-se registrado na ACP a seguinte declaração:

[...] todas as vítimas sofreram e sofrem transtornos decorrentes da infecção hospitalar, tiveram ou estão tendo um longo processo de cicatrização das incisões cirúrgicas, alguns levando mais de seis meses, e ainda sofrendo desagradáveis efeitos colaterais da forte medicação que são obrigados a ingerir [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 02).

O dilema das vítimas de infecção por Micobactéria vai de encontro ao que diz a literatura sobre os pacientes infectados, que segundo Pitombo Lupi e Duarte (2009), apresentam como principais manifestações clínicas os quadros de infecções cutâneas em feridas operatórias, celulite, abscessos com profundidade variável em sítios anômicos diversos que não respondem ao tratamento antimicrobiano padrão para infecções em sítio cirúrgico.

O tratamento com antimicrobiano no controle de infecção hospitalar por Micobactéria não é o mesmo que se utiliza nas demais infecções de origem hospitalar. Sobre este tratamento o MP apresentou posicionamento na ACP, como se demonstra abaixo:

[...] somente passaram a receber o tratamento adequado, quando foi reconhecido como surto de contaminação pela Micobactéria transmitida durante o procedimento cirúrgico nos hospitais, pela SESA (DOCUMENTO DA ACP, p. 01).

Vale ressaltar que neste mesmo documento consta que o tratamento medicamentoso das vítimas dessa infecção, apesar de terem sido infectadas na rede privada, foi realizado em um serviço da rede pública por determinação da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), sob a alegação de que por se tratar de um surto havia necessidade iminente de um controle efetivo em centro de referência estadual.

A relação entre sistema público e sistema suplementar de saúde, quando a SESA tomou para si o tratamento das vítimas, pode ser analisada sobre duas premissas. De um lado, a SESA buscava dar a sua direção para o controle do surto, uma vez que

este papel é intrínseco da rede pública reforçando a questão da complementaridade do sistema suplementar, conforme consta na Constituição de 1988. De outro lado, a SESA também estava assumindo as consequências das falhas do seu papel de regulador do sistema suplementar de saúde, no caso, a vigilância dos requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde visando à segurança do paciente (BRASIL, 2012).

Sobre esta questão cabe comentar algumas lacunas que permeiam a relação entre o sistema público e o sistema suplementar de saúde no Brasil, em geral e no ES, em particular.

A primeira lacuna diz respeito à prevenção do surto. Se uma das obrigações do sistema público é regular a qualidade da assistência prestada aos consumidores da rede suplementar o surto não deveria ter acontecido, uma vez que este tipo de ocorrência origina-se por falhas técnicas, mais especificamente das boas práticas de esterilização e desinfecção de material de usos hospitalar. Neste caso, a SESA não poderia autorizar a realização de procedimentos em instituições que não seguem as boas práticas para processamento e reprocessamento de produtos para a saúde.

A segunda lacuna diz respeito ao número de vítimas e ao tempo entre a notificação e a ação da ANVISA e, da SESA-ES. Sobre esta questão fica claro que houve omissão das instituições da rede suplementar de saúde em relação à notificação dos casos de infecção hospitalar por *Micobactéria*. Vale comentar que quando o sistema de notificação é eficaz a possibilidade de controle do surto é muito maior e conseqüentemente reduz consideravelmente o número de casos novos.

No que se refere à notificação dos casos, fica claro no relatório da ANVISA (2011), que os profissionais que realizaram os procedimentos também omitiram das vítimas a dimensão do problema conforme esclarece o documento da ACP (2008).

[...] estes profissionais da saúde negligenciaram informação vastamente divulgada pela Secretaria de Saúde do ES, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, ANVISA, SOBRACIL sobre a possível possibilidade de infecção hospitalar por *Micobactéria*, que em todos os casos possuem diagnóstico idêntico ao apresentado pelos doentes [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 07).

A ausência da notificação de um caso de infecção hospitalar nos remete a outras duas questões. Uma relaciona-se à responsabilidade ética inerente aos profissionais, uma vez que cabe a estes a notificação da infecção hospitalar e, outra nos remete aos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) das instituições onde ocorreram os casos, na medida em que cabe a estes, a vigilância no que tange ao controle de infecção de âmbito hospitalar.

Consta, na página dezenove do documento da ACP, que a responsabilidade técnica na prevenção de infecção hospitalar durante a prestação de serviços é da instituição de saúde e que essas, utilizam como referência Comissão de controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que estabelecem as normas os critérios de escolha dos

produtos, dos métodos de esterilização e desinfecção de artigos e superfícies, dentre outros (ANVISA, 2000).

Além da ausência de notificação, o problema de contaminação foi subestimado pelos profissionais médicos. Esta questão também se desvela a partir do que está descrito no documento da ACP.

[...] inicialmente a recomendação dos médicos, apesar de todas as informações dos outros estados onde ocorreram os surtos, era de lavar o local com água e sabão e passar uma pomada cicatrizante, chegando a informar aos pacientes que aquilo poderia se tratar de uma reação alérgica aos pontos, mas logo o problema seria solucionado [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 07).

O texto da ACP é contundente ao apontar que as instituições vinculadas ao sistema suplementar de saúde onde ocorreram os casos de infecção hospitalar por *Micobactéria*, passaram a cobrar das vítimas os procedimentos necessários às tentativas de amenização das consequências que a infecção estava lhes causando. Esse dado é aqui demonstrado: [...] estranhamente, alguns hospitais onde se deu a infecção, têm cobrado dos pacientes os procedimentos para reparação dos danos [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 08).

Observa-se também na mesma fonte documental que as instituições vinculadas à rede suplementar de saúde, além de cobrarem procedimentos reparadores, não forneceram medicamentos imprescindíveis ao controle dos danos causados pela infecção. Isso pode ser ressaltado no texto destacado da ACP. [...] muitas vítimas não têm como custear o tratamento, indicado pelos médicos e, hoje somente têm tomado a medicação graças à Secretaria Estadual de Saúde, que vem distribuindo gratuitamente esses medicamentos [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 08).

Mas, a legislação vigente garante ao sistema público a cobrança de serviços realizados em consumidores de plano de saúde, porém o acesso das vítimas ao tratamento medicamentoso foi efetivado pela saúde pública, representada pela SESA-ES. No caso em questão, duas inferências podem ser levantadas, que de certa maneira explicam a razão da indicação da SESA-ES para o financiamento dos medicamentos. Uma nos remete aos direitos do cidadão garantido na Constituição de 1988 e ao princípio da universalidade do SUS. A outra nos remete à responsabilidade técnica do sistema público na regulação da assistência à saúde realizada no sistema suplementar.

Em outro fragmento do documento ACP fica claro, para os membros do MP, que a cobrança das instituições para reparo dos danos da infecção hospitalar por *Micobactéria* afeta a relação de consumo, conforme apresenta o trecho destacado.

[...] o está tornando o tratamento muito oneroso para o doente e muitos destes procedimentos estão sendo realizados no próprio hospital que causou a infecção, sendo assim o hospital recebe várias vezes afetando assim a relação de consumo (DOCUMENTO DA ACP, p. 08).

Para o MP em última instância, a responsabilidade sobre os casos de infecção hospitalar por Micobactéria foi das instituições vinculadas ao sistema suplementar de saúde. [...] o hospital responde objetivamente pela infecção hospitalar, pois esta decorre do fato da internação e não da atividade médica em si [...] (DOCUMENTO DA ACP, p. 12).

Uma das bases legais que fundamentou o MP na ACP quanto à responsabilização das instituições de saúde pela contaminação por Micobactéria foi o Código de Defesa do Consumidor. No texto que compõe o documento da Ação Civil Pública consta uma citação do Artigo 14 do Código no qual se estabelece que “[...] o fornecedor de serviços responde independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços” (CÓDIGO DO CONSUMIDOR, apud AÇÃO CIVIL PÚBLICA, 2008, p. 13). E, essa fundamentação no Código do Consumidor vai mais além quando o MP se vale de tal instrumento legal para se embasar a respeito do papel das instituições de saúde privada no tocante à sua responsabilização sobre a desinformação dos usuários do serviço, “[...] bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos [...]” (CÓDIGO DO CONSUMIDOR, apud AÇÃO CIVIL PÚBLICA, 2008, p. 13).

A ação do MP fundamentada no Código de Defesa do Consumidor abre espaço para o entendimento da saúde como uma mercadoria, o que se revela preocupante na medida em que isso reforça a tendência presente no campo da saúde que, segundo Paim (2011), defende o processo de privatização e ressalta o caráter de mercantilização da saúde, firmada na relação de compra e venda de serviços com vistas à obtenção do lucro.

Em contrapartida, a luta pelo direito à saúde, travada pelas vítimas de infecção por Micobactéria no Espírito Santo, precisa se compreendida inserida nas lutas dos movimentos sociais que se ancoram no entendimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Para Paim (2011) a conquista brasileira do Estado de Direito e da democracia constituem-se formas políticas condizentes para a luta, a conquista e a garantia de direitos, de modo que, na saúde os ainda considerados consumidores possam, como cidadãos, organizar-se politicamente, lutar e conquistar os seus direitos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemiologia de infecções por Micobactéria está relacionada a procedimentos inadequados de esterilização e/ou desinfecção, criando condições favoráveis à ocorrência desses eventos reforçando a necessidade das instituições de saúde intensificarem as boas práticas de processamento e reprocessamento de produtos

para a saúde de uso hospitalar, portanto os hospitais negligenciaram na utilização das boas práticas em saúde.

A concepção Ministério Público sobre a importância da mobilização social reforça o entendimento da importância da ação dos movimentos sociais para a consolidação do SUS enquanto política pública. As vítimas da infecção revelaram os protagonistas em um processo social de luta, conseguindo superar as suas dificuldades pessoais para, com o olhar coletivo, lutar pela garantia de direitos sociais.

Na ACP, o Ministério Público reforça que a responsabilidade contratual do hospital com o paciente foi quebrada, considerando não terem sido respeitados os meios para o adequado tratamento e recuperação das vítimas de infecção por Micobactéria, não havendo lugar para alegação da instituição sobre a ocorrência, uma vez que é de amplo conhecimento que tais moléstias se acham estreitamente ligadas à atividade da instituição, residindo somente no emprego de recursos ou rotinas próprias dessa atividade.

O Ministério Público aplica, o Código Civil brasileiro, enquanto dispositivo legal, nas instituições de saúde suplementar, com base no entendimento de que a infecção hospitalar ocorreu por descumprimento um contrato, por tratar-se de uma falha na prestação de serviços, no caso, serviços hospitalares, entretanto essa postura contribui para fortalecer a concepção da saúde como uma mercadoria.

O MP justifica que entre o paciente e o hospital se estabelece uma relação de consumo com a consequente responsabilização legal do hospital pelo ressarcimento dos prejuízos, em caso de dano ao paciente, advinda das regras jurídicas que regem a prestação de um serviço público, existe, pois, obrigação de indenizar aos pacientes infectados que tiveram o seu direito violado.

A cobrança de procedimentos realizados pelas instituições para minimizar os danos causados às vítimas de infecção hospitalar reforça o pensamento liberal sob a lógica da concentração do capital que permeia a saúde suplementar.

O fornecimento de medicação para as vítimas de infecção por Micobactéria ao setor suplementar, pelo setor público, encontra explicação nas alternativas de articulação entre o público e o privado que derivaram de arranjos políticos e jurídicos oriundos da Constituição de 1988, o que reforça o caráter universal da política pública de saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde sociedade**. São Paulo, v. 14, n. 2, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Justiça. Planos de Assistência à Saúde, n. 9.656. Brasília, 1998.

_____. Ação Civil Pública: Lei 7.347/85 – Reflexões e Reminiscências Após Dez Anos de Aplicação. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

_____. **Informe aos profissionais de saúde sobre as características da infecção por mycobacterium abscessus**: medidas para diagnóstico, tratamento e prevenção. Brasília: ANVISA, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Descrito de Investigação de Casos de Infecção por Micobactérias Não Tuberculosas de Crescimento Rápido (MCR) no Brasil no período de 1998 a 2009**. Brasília, 2010.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Análise de Resultados**. São Paulo, [s.n.]. v. 1, n. 4, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução n. 15, de 15 de março de 2012. **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências**. Brasília (DF): ANVISA; 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Metodologia do ensino superior**. Editora Atlas SA, 2000.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-44, 2004.

MAZZILLI, H. N. **Introdução ao Ministério Público – à luz da Reforma do Judiciário**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica do padrão emergente de intervenção social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PITOMBO, M. B.; LUPI, O.; DUARTE, R. S. Infecções por micobactérias de crescimento rápido resistentes a desinfetantes: uma problemática social? 88 **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 529-33, 2009.

SIQUEIRA, Patrícia Lopes de Freitas. Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 3, p. 5-19, 2014.

A POLITICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Debora Holanda Leite Menezes

RESUMO: O artigo faz uma breve análise da nova configuração da política de saúde no Brasil, contextualizando as Organizações Sociais e qual tem sido o papel dessas organizações na política pública. Busca-se, superar olhares enviesados sobre a discussão dessas organizações, reconhecendo elementos que vão para além da lógica neoliberal. O artigo conta com apresentação do conceito de política social; o marco legal da política de saúde e das Organizações Sociais; o contexto atual da Política de Saúde e das Organizações Sociais; e, as conclusões sobre o papel das Organizações Sociais no contexto brasileiro. A metodologia foi revisão bibliográfica e pesquisa documental sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Política Social. Organização Social. Política de Saúde.

ABSTRACT: The article makes a brief analysis of the new configuration of health policy in Brazil, contextualizing the Social Organizations and qualitative of the role of organizations in public policy. It seeks to overcome biased views on a debate about organizations, elements that go beyond the neoliberal logic. The article presenting the concept of social policy; The legal framework of health policy

and social organizations; The current context of the Health Policy and Social Organizations; And, as conclusions about the role of Social Organizations in the Brazilian context. The methodology for bibliographic review and documentary research on the subject.

KEYWORDS: Social Policy. Social Organization. Health Policy.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo visa analisar brevemente a nova configuração da gestão da política de saúde, com a adoção das Organizações Sociais, por entender que a política de saúde integra o tripé da Seguridade Social; por reconhecer que se consolidou na Constituição Federal (CF) de 1988, fruto de luta dos movimentos sociais e ainda por ter como traço o caráter universal e público.

Entretanto, por, mais que, expresse avanços o campo da saúde se tornou alvo de críticas e investimentos privados, apesar de estes investimentos estarem previstos na CF, como caráter complementar.

Mas, não pode se perder de vista que nesse contexto, acompanhado dessas conquistas vivia-se no cenário internacional um questionamento com relação ao papel do

Estado, suas margens de atuação e a eficiência do modelo burocrático, abrindo espaço para a configuração de propostas de Reforma do Estado.

Para discutir tais questões se faz necessário conceituar algumas reflexões sobre política social, da mesma maneira que é importante resgatar brevemente a configuração da política de saúde e o marco legal da entrada das Organizações Sociais (OS) na gestão da política, tratando de algumas questões novas que surgem com essas práticas de gestão no contexto de implementação.

Historicamente, no Brasil, identifica-se a existência de muitos estudos sobre as políticas sociais, porém coadunamos com Castro (2012), que aponta para a limitação dessas reflexões, que são restritas e fragmentadas, no que se refere à Política Social Brasileira e não possibilita assim que as políticas sociais tenham um traço totalizante na sua abordagem.

Por isso, concordamos com o conceito de Política Social abordado por Castro (2012, p. 1018):

como sendo composta por um conjunto de programas e ações do Estado, que manifestam em oferta de bens e serviços, transferências de renda e regulação, com o objetivo de atender as necessidades e os direitos sociais que afetam vários componentes das condições básicas da população, inclusive aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade.

A escolha por essa definição nos permite compreender de forma mais complexa, o que é política pública, reconhecendo a existência da totalidade e dinamicidade, que compõe a política estatal, abarcando assim critérios que permeiam a proteção e a promoção.

Destaca-se ainda sobre as políticas sociais, que essas têm sido fruto de longos anos de luta e mobilização dos movimentos sociais, ou de concessão das próprias organizações públicas (CASTRO, 2012).

Outro aspecto importante para fundamentar as reflexões acerca das políticas públicas¹ é que não são neutras e que em sua maioria são ações dos gestores da administração pública, objetivando materializar os direitos sociais garantidos constitucionalmente.

Contudo, ao reconhecer a importância dos movimentos sociais no processo de reivindicação das políticas sociais e o papel da gestão em tentar garantir os direitos, nos aproximamos da política de saúde brasileira, entendendo que essa foi fruto de uma pauta de demandas postas pelo Movimento Sanitário e por uma necessidade de gestão de atender o que estava sendo previsto na CF de 1988.

Dessa maneira, pode-se dizer que a Política de Saúde no Brasil é um campo permeado de disputas e que foi somente com a CF de 1988 que a Saúde ganhou o *status* de política pública estatal e universal – fruto da luta e da mobilização de movimentos

¹ Para Potyara (2009, p. 96) “política pública é uma estratégia de ação pensada, planejada, e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual tanto o Estado como a sociedade desempenham papel ativo”.

populares, sindicais e acadêmicos. A CF 88, ao instituir o tripé da Seguridade Social² – Saúde, Previdência e Assistência Social – assume, para a Saúde, os princípios oriundos do Movimento da Reforma Sanitária – ações de prevenção e promoção à saúde; participação social por meio do controle social; e ainda ações de educação em saúde – que se materializam na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, nos anos 1990, tínhamos um contexto político um caráter legitimador dos dispositivos constitucionais, mas do ponto de vista econômico a implantação do SUS era desfavorável (PIOLA, *et. alli*, s/d). Diante desse contexto econômico, uma das estratégias utilizadas foi a implementação de um modelo de gestão para os serviços sociais cuja pedra basilar era privatização, transferência das responsabilidades do Estado para organizações sem fins lucrativos, tendo como alvos diminuir gastos sociais e combater a ineficiência pública, revendo assim o papel do Estado.

De acordo com Contreiras e Matta (2015), no contexto da crise econômica mundial e da globalização, ganhou destaque a tese de que o crescimento econômico e a consolidação da democracia exigiam a redução dos gastos públicos.

Assim, dentre os campos, que despertou interesse, temos a política de saúde devido ao grande potencial de consumo privado – seguros e planos de saúde; indústria de medicamentos e equipamentos de saúde; redes hospitalares e farmacêuticas.

Além disso, o fortalecimento também deste campo se deu em torno da avaliação promovida pelo Banco Mundial que considera o “*mau desempenho como reflexo da falta de autonomia financeira e técnico administrativa*”. (WORK BANK, 2007 *apud* NOGUEIRA, 2011, p. 24). Contudo, tem que se considerar também que repasses financeiros, podem ser insuficientes para manutenção da qualidade dos serviços.

Seguindo as reflexões de Nogueira (2011), merece ser pontuado que essa freqüente necessidade de construção de autonomia na gerência financeira das unidades gerenciais apontam para dois caminhos de reforma: um pautado no modelo de *thatcheriana*, que privilegia eficiência dos serviços públicos, com pouco desperdício; e, a outra, aquela que almeja alcançar *efetividade*, garantindo o acesso e melhor qualidade dos serviços públicos.

A partir dessas reflexões pode-se dizer que no Brasil, foi no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), como Presidente da República, e Luiz Carlos Bresser Pereira à frente do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), temos a tentativa de Reforma do Estado através da transferência dos serviços prestados pelas políticas sociais brasileiras (notadamente a Saúde) à iniciativa privada ganha forma por meio das Organizações Sociais (OS – instituídas pela Lei nº 9.637, de 15/05/1998), inserindo a lógica gerencial (produtividade, metas, competitividade etc.) no serviço público.

Com o intuito de estudar, mais detalhadamente, uma política social, este

2 Para Delgado, Jaccoud e Nogueira (s./d., p. 21) “o termo Seguridade Social é um conceito estruturante das políticas sociais cuja a principal característica é de expressar o esforço de garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado.”

artigo teve como objetivo fazer um sucinto resgate histórico da política de saúde, enquanto política pública, mapeando, a partir disso as nuances postas pelas OS e as configurações presentes nos dias atuais.

O estudo utilizou primordialmente uma revisão bibliográfica e pesquisa documental sobre o tema.

2 | MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Para debatermos o marco legal da política de saúde brasileira e a emergência das OS, devemos nos reportar ao início da década de 80, que foi um período marcado por lutas democráticas, na consolidação desta política pública em questão.

Nos anos que antecederam a década de 80 a política de Saúde vigente, se moldava ao modelo médico assistencial privatista, com atendimento da população previdenciária, o que se caracterizava pela *cidadania regulada*. (SANTOS, 1987). Esse modelo de política de saúde excluía a parcela da população que não possuía vínculo previdenciário e a população rural. Porém, este modelo muito beneficiou o setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médico-curativa) e o setor privado internacional (produtor de insumos de Saúde).

Entretanto, só no período entre o final da década de 70 e início da década de 80, começaram a surgir propostas, por parte da sociedade civil, dos profissionais de Saúde, que poderiam fortalecer os recursos para o setor público de Saúde e reverter o modelo privilegiador do setor privado, e que defendiam melhorias na política de Saúde. O processo de democratização contou, então, com a participação de novos sujeitos sociais: os profissionais de Saúde, representados pelas suas entidades categoria, ultrapassaram os interesses corporativos em prol da coletividade (como os interesses vinculados à melhoria da Saúde e dos serviços públicos). O Movimento Sanitário ampliou-se e incorporou parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, e até mesmo envolveu alguns técnicos das instituições de Saúde, promovendo debates e divulgando suas ideias.

O projeto de Reforma Sanitária propunha a democratização da Saúde, objetivando que a Saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas, com acesso de qualidade; que a Saúde fosse incorporada pela concepção de Seguridade Social e não mais pelo modelo de *seguro social* das décadas anteriores, dando assim a responsabilidade ao Estado, de assegurar os meios de acesso aos serviços, reorientando o sistema de Saúde brasileiro e implementando o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Saúde, no Brasil, teve como acontecimento mais importante a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Cabe, ainda, esclarecer que, antes da Conferência, ocorreram pré-conferências, em todo o território nacional, embasadas no temário pré-estabelecido. Nesta conferência foram debatidos vários temas. Destaca-

se como central “*a extensão das ações de Saúde através de serviços básicos*”.

A afirmação jurídica da Saúde ocorre durante o processo da Constituinte e com a promulgação da CF em 1988. Nesse ponto, a Saúde passa a ser direito da população e dever do Estado, como determinado no art. 196, no título da Ordem Social.

Para além do texto constitucional, ocorreram conquistas jurídico-institucionais, como a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990, que dispõe sobre a promoção, prevenção e recuperação da Saúde, estabelecendo que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social; e nº 8.142/1990, que trata da participação no controle social); e a Norma Operacional Básica (NOB)/96, que descentraliza a administração e o controle dos gastos, os avanços jurídicos nortearam a política de saúde.

Nos anos 90, apesar dos avanços legais e da instalação do SUS, o Brasil se insere no cenário reformista em reflexo ao que vinha sendo posto nos anos 70, com o processo de crise econômica global, que gerava a necessidade reformas para a redefinição do papel do Estado.

Destaca-se então, que no Brasil, neste período, a construção de uma agenda baseada no modelo gerencial, que tinha por prioridade, a racionalização dos gastos públicos e questionava-se a capacidade do Estado e o modelo burocrático para atenuar ou resolver os problemas. (SILVA, 2012).

Constata-se que as privatizações via OS pouco avançou nas duas primeira décadas do SUS, porém temos um avanço no que se refere ao repasse financeiro na saúde suplementar, o que de certa maneira, tende a beneficiar mais os consumidores dos planos privados de saúde. Seguindo a isso temos também os incentivos de contratação do setor privado para prestação de serviços, dando prioridade aos setores sem fins lucrativos.

Entretanto, não se pode deixar de trazer algumas reflexões importantes com relação a adoção de medidas reformistas, visto, que elas fazem parte da trajetória do Brasil, desde os primeiros anos do governo Vargas e que se destacaram ao longo da história brasileira. Isto porque que desde o Decreto nº 200/67, o país tentou adotar o modelo gerencial, porém só em 1990, que essa pauta de questões entra na agenda do governo.

Em 1995, o Presidente FHC assume o poder. A sua condução política foi manter a mesma lógica de redução de direitos da gestão anterior, porém, realizou-a de maneira mais ofensiva, modificando, substancialmente, a estrutura do Estado, por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado - PDRAE - (BRASIL, 1995), proposta elaborada pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, do MARE. No referido documento, foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

O PDRAE propugnava a reforma do Estado brasileiro como uma estratégia para o abandono do modelo estatizante, e adoção de um *modelo gerencial*, cujas

características são a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. Desta forma, o Estado deixa de ser o responsável direto pelas políticas sociais para se tornar regulador, transferindo tais responsabilidades para o âmbito privado, notadamente a partir da criação de uma esfera pública não estatal. Essa transferência aconteceu através de concessão de equipamentos, recursos humanos e financeiros.

Assim, o PDRAE redefine do papel do Estado, o qual não mais teria responsabilidade direta no desenvolvimento social e econômico, por meio da produção de bens e serviços, restringindo sua atuação, ao financiamento e à regulação das atividades. Na esfera econômica o Estado se caracterizaria como instrumento de transferências de recursos financeiros destinados aos objetivos de garantia da ordem interna e da segurança externa; aos objetivos sociais; e, aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. (BRASIL, 1995).

Pode-se dizer que as propostas de Reforma do Estado para o setor Saúde foi instituída pela Lei nº 9.637/1998, que deu origem às OS:

Organizações Sociais são um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (BRASIL, 1998, p. 13).

Sinaliza-se ainda, que as OS foram criadas, com base na flexibilização da gestão e aumento da *accountability*, cabendo ao Estado o repasse financeiro e o controle (SANO e ABRUCIO, 2008).

Assim, reiteramos as concepções de que as OS tem dois objetivos:

(1) garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; e (2) levar ao incremento do controle social dessas entidades, fortalecendo práticas que aumentem a participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OS, ampliando a parceria entre o Estado e a sociedade. (BRASIL, 1997, p. 11).

Todavia, coadunamos com Sano e Abrucio (2008), que por mais que tal proposta tenha sido colocada na agenda do governo FHC é notável que ele não apoiava integralmente esse projeto, posto que a preocupação prioritária era com ajuste fiscal, haja vista que a flexibilização poderia gerar um risco as metas fiscais.

Ou seja, estes questionamentos geraram problemas no que se refere ao desenvolvimento do Plano Diretor, visto que as agências executivas não saíram do papel e as Organizações Sociais surgiram fragilizadas. (SANO e ABRUCIO, 2008). O que para Silva (2012) gerou uma tensão, que promoveu uma fragmentação do aparelho de Estado brasileiro, fazendo que antigos e novos formatos organizacionais passassem a conviver. Essa reprodução ocorreu na saúde, dando origem a certo experimentalismo,

com serviços de saúde baseados em distintos modelos jurídico-administrativos, como fundações privadas de apoio, OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), cooperativas e outras. Ainda assim, quando analisamos o cenário nacional identificamos que as OS se desenvolveram nos Estados e Municípios, oportunizando maior flexibilização e melhor qualidade administrativa.

Consideramos, então, que essa expansão das OS se deu de forma, mais rápida em torno das dificuldades cotidianas, para realizar contratação de pessoal, em Estados e Municípios, por causa da Lei de Responsabilidade Fiscal e do maior controle de licitações a partir da legislação de 1993.

Outro ponto importante, no marco de instalação das OS são os contratos de gestão, que é definido *“como o principal instrumento de controle dessas organizações por parte do Estado. Eles estabelecem compromissos institucionais entre as partes e tem como objetivo garantir o comprometimento das OS com a implementação das políticas públicas. (SILVA, 2012, p. 42)”*.

De certa forma, essas metas contratualizadas, permitem um melhor monitoramento, assim como consolidam valores de repasse financeiro possibilitando um maior controle. Destaca-se ainda que nesses contratos os recursos financeiros passam a ser atrelados ao desempenho das organizações, o que altera a forma de controle de procedimentos para o controle de resultados, oferecendo aos cidadãos maior controle sob os governantes.

Reconhece-se que nessas relações de contratualização é necessário que a transparência e *accountability* sejam fortalecidas. (SANO e ABRUCIO, 2008).

Cabe destacar que os mecanismos de controle permitem maior ciência da informação com relação ao encaminhamento dos repasses financeiros e das metas atingidas, sendo hoje obrigatória a disponibilização de informação na internet ou até mesmo via jornais de circulação facilitando o controle público.

Sendo assim, encaminhamos para o cenário atual, objetivando nos aproximar da realidade brasileira, que tem em destaque, uma relação cada vez, mais, forte da parceria público-privado.

3 | O CONTEXTO ATUAL DA POLÍTICA DE SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Atualmente, vivemos na política de saúde brasileira, uma presença acentuada das OS, que passam a conduzir o funcionamento da saúde, a partir de distintos arranjos jurídicos institucionais.

Nos últimos anos do governo do Partido dos Trabalhadores (PT) ocorreu um movimento reformista no campo da administração pública, orientado pela proposta de revitalização do Estado. O Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) conduziu uma transformação da gestão pública visando a diminuição do déficit

institucional e a participação ativa³ dos cidadãos no processo de mudança. (SILVA, 2012). Contudo, essa condução foi encaminhada via a utilização de um modelo de administração pública indireta – as Fundações, objetivando implementar as políticas sociais de forma mais rápida e de maior profissionalismo.

Mas, isso não impediu que as OS continuassem a reproduzir subnacionalmente. Tomemos o exemplo de São Paulo e do Rio de Janeiro. Em São Paulo (Estado) a lei das OS tem como marco legal a Lei Complementar (nº 846/98), enquanto na capital a Lei data de 2006. No Rio de Janeiro temos a lei nº 6.043 é de 19 de setembro de 2011. No que se refere a São Paulo um facilitador foi o fato da cidade de São Paulo ter recorrido às parcerias público-privado em períodos anteriores. (CONTREIRAS e MATTA, 2015).

Sobre as OS, na cena contemporânea evidências apontam para uma experiência bem sucedida, de acordo com:

[...] a implantação das OS de Saúde em São Paulo pode ser considerada bem sucedida, ainda que diferentes aspectos da boa governança possam ainda ter sido contemplados [...] o caso das OS de São Paulo é um exemplo inspirador para quem esteja procurando construir um bom sistema de governança [...] é perfeitamente possível, e com vantagens, construir uma estrutura governamental mais enxuta, focalizada, eficiente e eficaz, transferindo para terceiros a implantação das políticas públicas. (LEVY, 2004 *apud* PINHEIRO e VIEIRA, 2008, p. 11).

Sobre a expansão das OS, cabe sinalizar que algumas relações entre Estado e OS foram pactuadas via convênios, antes das leis das OS, conforme ocorreu em São Paulo. Incentivou-se também o fortalecimento de ações de auditoria objetivando controlar as relações estabelecidas entre as partes.

De acordo com Sano e Abrucio (2008) nos últimos anos a Nova Gestão Pública se tornou fundamental no processo de dar conta da ineficiência relacionada aos excessos de procedimentos e controle, e a responsabilização dos burocratas. Assim, tentou-se fortalecer uma maior flexibilização e transparência no campo público.

Sem falar, que não houve variação financeira quando comparados as OS a instituições de administração direta. (SANO e ABRUCIO, 2008).

Outro aspecto, refere-se à contratação de pessoal, que permitiu maior flexibilização em resposta a Lei de Responsabilidade Fiscal, posto a autonomia para contratação, promoção e demissão, permitida aos dirigentes das OS. Essa flexibilização é derivada da contratação pela CLT. (SANO e ABRUCIO, 2008).

Historicamente, a relação público – privado, sempre esteve presente em nosso país em decorrência da própria estrutura do sistema de saúde, que gera iniquidades, as quais para Santos (2011) são decorrentes do subfinanciamento do SUS e do subsídio fiscal permitido aos gastos privados. Isso gera desigualdades entre os segurados e os não segurados.

3 Para Moroni (2009) os espaços de participação foram visto pelo governo Lula, como de interlocução do governo com representantes da sociedade e não sendo reconhecidos como espaços de deliberação e controle.

Destaca-se ainda no Brasil, a existência de seguros duplicados (privado–público universal), que pode levar a desoneração do público, isso em decorrência do trânsito de pacientes entre os dois fluxos. (SANTOS, 2011).

Assim, não podemos perder de vista que as parcerias público-privada, não devem desonerar o público, mas ao contrário fortalecê-lo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, sabe-se que o campo da saúde, sempre foi permeado por disputas, o que marca neste cenário a importância dessa política, que já esteve vinculada ao seguro social, e que restringia seu acesso, apenas para os trabalhadores vinculados ao mercado.

Contudo, esse panorama se modificou e esta política social, se tornou inclusa no tripé da Seguridade Social, porém ao longo dos anos foi alvo de precarização e cortes financeiros e acomodou-se em rotinas burocráticas.

Assim, em um contexto de crise e acompanhada da necessidade de modificar, a proposta das OS toma força na cena política acompanhada das propostas de Reforma do Estado, que sugere a adoção de modelo gerencial, respondendo a questões burocráticas.

Após essas breves reflexões, nota-se que com as OS é possível vislumbrar um SUS mais eficiente, que permita atenuar as desigualdades e com acesso igualitário para toda a população, que cotidianamente, é vítima dos freqüentes desgovernos dos gestores, que fazem das políticas públicas, trampolim para a ascensão de sua carreira.

Quando analisamos a expansão das OS, vemos que essas mantêm em sua prioridade a manutenção do atendimento universal, conforme prevê o SUS, identifica-se avanços no se refere ao controle social, pois este está previsto na lei, da mesma maneira que temos o controle de resultados por meio do contrato de gestão. (SANO E ABRUCIO, 2008).

Destaca-se também que a experiência paulista, conforme estudos de Sano e Abrucio (2008) apontam para um caso bem sucedido. Isso porque, notamos: flexibilização administrativa; mecanismos de contrato de gestão e o repasse financeiro.

Desse modo, a superação dos pressupostos dos neoliberais, nos permite avançar na apropriação de um novo saber, que pode contribuir no desenvolvimento das políticas públicas, que são sucessivamente atingidas pela falta de recursos e por cortes financeiros. Apesar, de também temos reconhecer que as OS estão longe de estarem blindadas contra o patrimonialismo.

Sendo assim, destaca-se que um aspecto vantajoso das OS na gestão é o fato de ser uma opção de modernização da máquina estatal, tendo grande capacidade de atender a lei de responsabilidade fiscal, assim como pode disponibilizar maior agilidade da máquina pública e menos burocracia.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 31.ed. atual. ampl., São Paulo: Saraiva, 2003.
- _____. **Decreto-Lei Nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 fev. 1967 e retificado no **D.O.U.** de 17 jul.1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm>. Acessado em: 20.04.2016
- _____. *Lei Nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990 [1990a]. Dispõe sobre participação na comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 30 de dezembro de 1990.
- _____. *Lei Nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Mensagem de Veto]. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de setembro de 1990.
- BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. [Conversão da MPv nº 1.648-7, de 1998]. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 18.5.1998; retificado no *DOU 25.5.1998*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm>. Acessado em: 15.04.2016
- _____. **Lei 8.666, de 21 junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília. Junho de 1993. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acessado em: 15.04.2016
- _____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 04. 05.2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm
Acesso em: 02.04.2016
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. 4. ed. rev. Brasília (DF): MARE, 1998 [1998]. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, v. 2).
- _____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília (DF): MARE, 1995.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-SUS 01/96. Brasília, DF: MS, 1996. 34p. **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 nov. 1996, Seç.1, p. 22932. Disponível em: <<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acessado em 12.04.2016
- CASTRO, J.A. Política Social e Desenvolvimento no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 1011-1042, dez. 2012.
- CONTREIRAS, H.; MATTA, G.C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio das Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(2):285-297, fev, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00285.pdf>>. Acessado em: 14.04.2016

COSTA, NR, RIBEIRO JM, SILVA PLB. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2 pp. 427-442. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20.04.2016

ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200015>.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. “Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania”. **IPEA**. Políticas sociais: acompanhamento e análise. 20 anos da Constituição Federal. N.17, Volume 1, p. 08-36, [s/d].

MORONI, J.A. O direito à participação no Governo Lula. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura (orgs.). **Participação, democracia e saúde**. RJ:CEBES, 2009, pp 248–269. Disponível em:<http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2013/10/livro_participacao.pdf>. Acessado em: 20.04.2016

NOGUEIRA, R.P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In SANTOS, N.R., AMARANTE, P.D.C.. **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 24-47

PEREIRA, Potyara. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In BOSCHETTI, I. *et al.*. **Política Social no capitalismo contemporâneo**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2009, p. 87-108

PINHEIRO, I.A.;VIEIRA, L.J.M. Organizações Sociais; Gêneses e Questionamentos – o caso brasileiro. **V CONVIBRA – Congresso Virtual Brasileiro de Administração**, 2008 Disponível em: <http://www.convibra.org/2008/artigos/216_0.pdf>. Acessado em: 10.04.2016

PIOLA, S. F. *et all*. Vinte Anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?”. **IPEA**. Políticas sociais: acompanhamento e análise. 20 anos da Constituição Federal. N.17, Volume 1, p. 97-174, [s/d].

RIO DE JANEIRO. **Lei 6.043, de 19 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências. Setembro de 2011. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/c8d2df9a2566fd0e83257911005f4c7a?OpenDocument>>. Acessado em: 12.04.2016

SANO, H.; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE (Revista de Administração de Empresas)**, jul/set, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3>>. Acessado em: 21.04.2016

SANTOS, I.S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.6 [cited 2015-06-04], pp. 2743-2752. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17.04.2016 ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>.

SANTOS, W. G. “Cidadania e justiça”. A política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 108, n. 106, 1998.

SILVA, V.M. As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle. **Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2832>>. Acessado em: 18.04.2016.

A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTAS PARA POTENCIALIZAR A CAPACIDADE DE ESCUTA DA MULHER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cristiane Medeiros dos Santos

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Rio de Janeiro – RJ

Débora Holanda Leite Menezes

Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro – RJ

Juan da Cunha Silva

Instituto Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro – RJ

Neusa Iara Andrade dos Santos

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: O artigo apresentado trata da importância da reorientação dos serviços de saúde, no atendimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, a luz da promoção saúde, objetivando assim a revisão das práticas em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Sabe-se que os avanços do SUS permitiram algumas reflexões importantes para a consolidação de um acesso universal e igualitário, porém muitos são os embates diante das fragilidades e dificuldades de efetivação do SUS, visto que vivemos continuamente a precarização dos serviços públicos. Assim, diante desses impasses verifica-se a necessidade de envolver os profissionais no movimento de repensar a prática, permitindo

assim, a consolidação de valores do SUS e ainda um atendimento que reconheça o usuário como ser integral. A metodologia do artigo conta com um levantamento bibliográfico sobre o tema. Sendo assim, as reflexões trazidas por esse artigo nos possibilitam construir um novo olhar para esse público, reconhecendo os como ser integral que precisar ser escutado.

PALAVRAS-CHAVE: serviços de saúde; acolhimento; cuidado pré-natal; puerpério; promoção da saúde.

ABSTRACT: This paper discusses the importance of the reorientation of health services, in the care of women in the pregnancy-puerperal cycle, in the light of health promotion, aiming at the review of health practices in the context of the Unified Health System (SUS). It is well known that the SUS's advances allowed some important reflections to consolidate a universal and egalitarian access, but many are the clashes against the frailties and difficulties of realizing the SUS, since we are constantly experiencing the precariousness of public services. Thus, faced with these impasses, there is a need to involve professionals in the movement to rethink practice, thus allowing the consolidation of SUS values and a service that recognizes the user as an integral being. The methodology of the article counts on a bibliographical survey on the subject. Thus, the

reflections brought by this article allow us to construct a new look for this audience, recognizing them as an integral being that needs to be listened to.

KEYWORDS: Health Services; User Embrace; Prenatal Care; Postpartum Period; Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO:

Agestão é um momento no qual, muitos sentidos, atribuições e responsabilidades recaem sobre a mulher. Nessa etapa de vida a mulher necessita de cuidados de saúde, que não podem ser circunscritos a realização de exames laboratoriais e de imagem e a realização do parto.

Boff (1999) aponta que cuidar é mais que um ato, trata-se de uma atitude e, desta maneira, ultrapassa a dimensão de um *momento* de atenção, de zelo e desvelo. O cuidado por priorizar ao ser cuidado o bem-estar, pode-se atribuir ao cuidado uma visão altruísta, processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual, buscando a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana. (ROCHA, et al., 2008).

As cenas de cuidado promovem o encontro e a interação entre o sujeito que cuida (profissionais de saúde) e o sujeito do cuidado (a mulher). O encontro dos sujeitos que cuida com o sujeito do cuidado compõem um conjunto de relações a partir de interlocuções.

Neste contexto onde ocorrem as cenas de cuidado da mulher no ciclo gravídico-puerperal acontecem trocas simbólicas, de interlocuções e interações, a escuta das demandas dos sujeitos constitui uma importante ferramenta de trabalho.

Raimundo e Cadete (2012), compreendem a escuta qualificada como

“uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, já que, por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.”

A interação entre os sujeitos que cuidam e aqueles que recebem o cuidado pressupõe a compreensão de dimensões que estão além dos limites do corpo de quem realiza o cuidado e daquele que recebe o cuidado em seu corpo. (FIGUEIREDO, 2003).

Reconhecemos durante a construção deste artigo, a necessidade de utilizar o termo “ciclo gravídico-puerperal”, pois este contempla os momentos da gestação e do puerpério. Embora esta abordagem reflita uma conotação biológica, ao adotarmos este termo reconhecemos seus limites e reconhecemos que a mulher necessita ser vista em todas as etapas de sua vida sexual e reprodutiva, assim como as repercussões em sua vida social.

2 | DESENVOLVIMENTO

O pré-natal é o acompanhamento que a gestante recebe desde a concepção do feto até o início do trabalho de parto, durante este período a execução da educação em saúde se faz de forma contínua através de informações acerca da evolução da gestação, do feto, modificações morfofisiológicas, bem como sobre trabalho de parto e cuidados pós-natal (DUARTE; ANDRADE 2008).

Os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal, puerpério e cuidados do recém-nascido, necessitam conhecer os componentes – os pontos de atenção - da rede de assistência à gestante.

Os pontos de atenção refletem a lógica de trabalho em rede em que todos eles são igualmente importantes para tecer a malha do cuidado resolutivo, garantindo uma concepção de complexidade adequada e específica para os diferentes tipos de serviços. Com o tempo, constatou-se que os serviços podem ser de baixa densidade tecnológica (utilizar menos tecnologia e equipamentos), mas não de baixa complexidade. Isso porque as ações prestadas nesses espaços do cuidado são bastante complexas, uma vez que requerem inúmeras habilidades, competências e conhecimentos dos profissionais que ali atuam.

Após o advento do SUS e ampliação do acesso aos serviços, observou-se que o usuário entra de diferentes formas no sistema de saúde, de acordo com as suas necessidades e possibilidades. E o mais importante é que, após seu acolhimento, o serviço procurado por ele (ponto de atenção) o encaminhe para ser acompanhado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou equipes convencionais das unidades básicas de saúde.

Os serviços de referência para o atendimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, devem seguir os preceitos dos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A rede básica de saúde é a que tem maior capilaridade no sistema e é justamente esse diferencial que a torna fundamental para o SUS. Contudo, a ABS não possui resolutividade para todas as possíveis intercorrências da gestação, faz-se necessário, reconhecer que a ABS pode ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, mas o que vai garantir a resolutividade dos casos e a integralidade do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal será a atuação dos serviços em rede. Uma malha de serviços, que não está hierarquizada de acordo com o grau de tecnologia, mas comprometida em atender integralmente as demandas da gestante durante o ciclo gravídico-puerperal.

Desde o início dos anos 2000, por meio da NOAS/2001 e 2002, a regionalização vem sendo apontada como caminho para superar obstáculos que dificultam a resolutividade no SUS (BRASIL, 2002). Nesse contexto entra a proposição das

Redes de Atenção e do Cuidado em Redes que apontam para uma maior eficácia na produção da saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. Os pontos de atenção refletem essa lógica de trabalho em rede em que todos eles são igualmente importantes para tecer a malha do cuidado resolutivo, garantindo uma concepção de complexidade adequada e específica para os diferentes tipos de serviços.

Considera-se importante localizar no território e conhecer os todos os nodos (os pontos de atenção) que compõem a rede de cuidados da gestante. Reconhecendo que a saúde da mulher em idade fértil contempla especificidades que vão desde a saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, até o puerpério e os pontos de atenção onde a criança receberá cuidados de puericultura e pediatria. Após este reconhecimento, pode-se então atuar em rede e promover a longitudinalidade do cuidado.

A construção de linhas de cuidado no pré-natal serve para desenhar o caminho em que a gestante precisa percorrer e enfrentar seus problemas ou necessidade de saúde, as quais, também por isso, são denominadas como mapas de cuidado.

Os mapas de cuidado são planos de cuidado multidisciplinares destinados a apoiar e implementar as diretrizes clínicas e os protocolos (PRACCHIA, 2013).

- As linhas de cuidado definem as ações e serviços que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos respectivos sistemas de apoio, fornecendo, aos gestores e equipes, a possibilidade de prever um conjunto de atividades e procedimentos e estimar custos.
- Contribuem, ainda, para os processos de planejamento, programação e avaliação das ações à medida que se detalham as modalidades de atendimento e os procedimentos necessários ao cuidado (exames, tratamento, etc.) e prevenção e detecção precoce dos agravos.

O cuidado em saúde neste ciclo da vida requer a participação de diversos atores: equipe interdisciplinar e instituições da rede de atenção em saúde (desde ESF, UBS, laboratórios de análises clínicas e de imagem, e hospital) – constituindo, portanto, um cuidado extremamente complexo. Não obstante, podemos destacar a importância de tecnologias leves no pré-natal, pois a gestante tem o direito de ser atendida de forma integral e humanizada. É preciso destacar ainda, que o processo de maternagem pode ser facilitado à medida que a gestante for empoderada para assumir uma nova posição social, biológica– ser mãe.

Em 2011 o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimentos saudáveis (BRASIL, 2011a). Esta estratégia implantada pela portaria nº 1.459 de 24/6/2011 (BRASIL, 2011b), cujo modelo apresenta caráter de acolhimento e resolutividade, com o objetivo de reduzir a mortalidade de mulheres, crianças e recém-nascidos;

Durante a gestação, o cuidado realizado no âmbito do SUS precisa atender as premissas da Promoção da Saúde, além disso, devem ser valorizadas e qualificadas a fim de promover a inclusão social da gestante. Sendo assim, as práticas devem se concretizar em uma perspectiva dialógica e participativa que contribua para a autonomia da gestante, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos.

O atendimento, humanizado e com qualidade, no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir agravos. Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. (BRASIL, 2005). O desenvolvimento de ações de promoção da saúde pode contribuir para a superação do modelo vigente que está ancorado na dimensão biológica e curativa.

Fortes & Martins (2000) ressaltam que a proposta do modelo assistencial atual, pautada na promoção da saúde, requer o direito do usuário à informação, de tal forma que seja este o elemento vital para a sua tomada de decisões. Assim, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do ciclo gravídico-puerperal precisam atuar em conformidade com um novo modelo de política de saúde, comprometidos com a democratização do saber em saúde e com o desenvolvimento de potencialidades da clientela.

Devido às mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo da mulher, durante o período gestacional, responsáveis por modificar hábitos de vida e realçar sua fragilidade emocional, é que se percebe a necessidade de ações de educação que promovam e previnam agravos. Assim como a importância de uma assistência qualificada, capaz de contribuir para o seu cuidado, e favorecer a redução de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2013). Acredita-se que estas ações possam garantir o bem-estar geral da parturiente e de seu bebê, preservando e assegurando seus direitos e desejos, garantindo cuidados essenciais à gestação, a identificação de potenciais riscos e o recebimento de orientações que promovam a prevenção necessária durante todo o período pré-natal. É durante a gestação que as mulheres e seus companheiros vivenciam experiências que podem ser trabalhadas durante a atenção pré-natal, através de práticas educativas que possam esclarecer suas dúvidas e prepará-los para a concepção de seus filhos (GUERREIRO et al., 2014).

Devido à temática educação em saúde abranger a saúde como um todo, se observa a magnitude de assuntos pertinentes a serem trabalhados no pré-natal e, com isso, a dificuldade em conseguir contemplar todas as necessidades da gestante durante as consultas. No entanto se faz necessário construir estratégias que dinamizem a assistência e que promovam a saúde com efetividade.

Os profissionais de saúde envolvidos nos pré-natal devem assegurar o direito da gestante de conhecer previamente qual maternidade será realizado o parto e as possíveis intercorrências, agindo assim, os profissionais estarão cumprindo a Lei

11.634 de 2007. (BRASIL, 2007). Entende-se que se os profissionais utilizassem uma ferramenta da Promoção da Saúde e advogassem pela causa –advocacy – algumas demandas poderiam ser solucionadas. Outra ferramenta da promoção da saúde necessita ser usada – o engajamento. O comprometimento dos profissionais é fundamental para a construção de soluções de problemas na realização do cuidado à gestante, na gestão do cuidado à gestante, no itinerário terapêutico que a gestante percorre na busca de cuidado em saúde.

3 | CONCLUSÃO

Acredita-se que os profissionais envolvidos no cuidado, na gestão do cuidado e no planejamento das ações de pré-natal e puerpério necessitam de espaços que promovam reflexões de seus processos de trabalho. Nessa oportunidade, a participação das mulheres e de sua família é de suma importância para que o cuidado seja (re)pensado com um valor, um direito inerente a todos. Desta forma, os serviços podem ser reorientados incluindo as demandas daqueles que o realizam e daqueles que o recebem.

Compreende-se que é dever de todos os profissionais informar a gestante e sua família sobre os procedimentos e cuidados realizados no pré-natal e no puerpério. Além de informar aonde realizá-los dentro da rede de serviços do SUS e ao identificar qualquer sinal de vulnerabilidade, a gestante deve ser orientada a buscar assistência dentro de outras redes (redes de solidariedade, redes de proteção social e outras), bem como, identificar as demandas da gestante e da puérpera e não apenas encaminhá-la, mas promover efetivamente o acesso da mulher às redes é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Compreende-se que o pré-natal é um período oportuno para desenvolver estratégias que contemplem o cuidado ampliado em saúde; oportunizando a gestante e a puérpera tomar decisões adequadas; o desenvolvimento de ações que promovam o conhecimento de seus direitos (sociais, trabalhistas, sexuais e reprodutivos e outros); aproximar toda sua família para as cenas de cuidado; e a construção de vínculos da gestante e da puérpera com os serviços de saúde.

Para além das questões referentes à saúde, percebe-se o ciclo gravídico-puerperal como um período que a mulher e sua família se comprometem (de alguma forma) com a construção de mundo melhor e este desejo promove o engajamento na busca de soluções para problemas da comunidade.

No decorrer das ações de cuidado da mulher no ciclo gravídico-puerperal, pode-se perceber os limites da capacidade de escuta dos sujeitos. Neste momento o atendimento das demandas da mulher e de sua família podem ser avaliadas. Desta forma, os sujeitos – a mulher e os profissionais de saúde - poderão avaliar a efetividade da capacidade de escuta e deflagrar o processo de reorientação do cuidado. Ao utilizar

a escuta qualificada como ferramenta em seus processos de trabalho, os profissionais envolvidos no cuidado da mulher no ciclo gravídico-puerperal, atuarão na promoção da autonomia, no empoderamento da mulher e, com isso podem reorientar suas práticas de cuidado numa perspectiva resolutiva e integral.

Visando a integralidade do cuidado da mulher no ciclo gravídico-puerperal, faz-se necessário compreender que as ações intersetoriais podem potencializar a efetividade das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher neste ciclo de vida, tendo em vista, que atuação isolada do setor saúde não consegue contemplar todas as demandas da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Portanto, se faz necessário discutir a responsabilidade das atribuições dos profissionais nos serviços de saúde e a atuação dos serviços em rede nos sistemas de saúde. Não obstante, considerar que o processo de trabalho dos profissionais de saúde precisa contemplar espaços de reflexão crítica e propositiva para a saúde da mulher e sua família, fugindo assim de práticas de cuidado imediatistas, impositivas e pouco resolutivas.

O processo de reorientação do cuidado da mulher no ciclo gravídico-puerperal, requer a participação e o envolvimento da mulher e de sua família. Acredita-se que a partir da interlocução dos sujeitos, as demandas da mulher possam ser ouvidas e atendidas e os agravos possam ser evitados.

REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. Saber cuidar. Ética do Humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - **a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. **Redes de Atenção Psicossocial no SUS**. Brasília, 2013.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil**. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139, Jun 2008.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Cuidados preventivos no espaço hospitalar. *In:* _____. (Orgs.). **Práticas de Enfermagem: Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios**. São Paulo: Editora Difusão Enfermagem, 2003.

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. **A ética, a humanização e a saúde da família**. Rev. Bras. Enferm., v.8,n.53, p.31-3, 2000.

GUERREIRO, Eryjósy Marculino et al. **Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, Feb. 2014.

PRACCHIA, L. F. **Linhas do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/linhas-de-cuidado-nas-redes-de-ateno>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde**. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 25, n. spe2, p. 61-67, 2012.

ROCHA, Patrícia. et. al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 61, n.1, p. 113-6, jan-fev, 2008.

AUDITORIA POR RESULTADOS: PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A FILOSOFIA DA MELHORIA CONTINUA

Adriana Nascimento Santos Cartaxo

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
da Fundação Oswaldo Cruz
Ministério da Saúde
Brasília – DF

RESUMO: O texto é parte da Dissertação “Auditoria por Resultados, uma proposta metodológica”, orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Machado, no Mestrado Profissional em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). O objetivo geral foi propor critérios para a criação da modalidade de Auditoria por Resultados para o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com base nas ações do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). O método de análise envolveu identificar as contribuições da auditoria para modificações no PFPB; depois, relacionar ao método da Administração por Resultados, a filosofia da Melhoria Contínua (modelo de Gestão do Desempenho, Gestão da Qualidade Total e PDCA). As principais conclusões foram que a técnica pode ser aplicada tanto no processo de trabalho das auditorias, como na aferição de desempenho do Programa, demonstrando que as auditorias atenderam às necessidades

e expectativas dos clientes, internos e externos (usuários do SUS, governo, órgãos de controle e empresas farmacêuticas); e que, com uma nova metodologia de auditoragem, pode-se minimizar o tempo da ação, coibir fraudes, restituir os cofres públicos, garantir acesso a medicamentos e reorientar o Programa.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria, Farmácia, Qualidade, Resultados, Saúde.

ABSTRACT: The text is part of the Dissertation “Audit by Results, a methodological proposal”, guided by Prof. Maria Isabel Machado, in the Professional Master in Public Health, from the National School of Public Health Sérgio Arouca of the Oswaldo Cruz Foundation (ENSP/Fiocruz). The general objective was to propose criteria for the creation of the Audit by Results modality for the National Audit System (SNA), based on the actions of the National Audit Department of the Unique Health System (Denasus) in the Popular Pharmacy Program (PFPB). The method of analysis involved identifying audit contributions for modifications in the PFPB; then, to relate to the Management by Results method, the philosophy of Continuous Improvement (Performance Management Model, Total Quality Management and PDCA). It can conclusion, that this can be used in the audit work process and in the performance measurement of the Program, proving that audits can contribute

to expectations and needs of internal and external clients (SUS users, government, control and pharmaceutical companies). Additionally, with a new auditing methodology, it is possible to reduce the time of action, to repress fraud, to restore public coffers, to guarantee access to drugs and to reorient the Program.

KEYWORDS: Audit, Pharmacy, Quality, Results, Health.

1 | INTRODUÇÃO

Este texto é parte da pesquisa realizada na Dissertação “Auditoria por Resultados, uma proposta metodológica”, com orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Boavista Seara Machado, no curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

A dissertação teve o objetivo de propor critérios para a criação da modalidade de Auditoria por Resultados para o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com base nas ações realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), do Ministério da Saúde.

O SNA é o controle interno do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Orgânica da Saúde da Saúde, Lei nº 8.080/1990, organizado de forma tripartite, com componentes nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. O componente federal e central do SNA é o Denasus.

Com as mudanças ocorridas no SUS, desde a sua implantação em 1990, houve o incremento de programas e novas estratégias para a saúde e o Denasus passou a auditar nesses programas/estratégias/políticas, à luz da metodologia de auditoria operacional, adotada igualmente pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com base em normas internacionais de auditoria. As auditorias operacionais verificam estrutura, processos e resultados, referente aos aspectos da eficiência, eficácia e efetividade.

No Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido pela Constituição Federal (CF), o que coloca o SUS como referência internacional, pela sua dimensão, abrangência, gratuidade, que o diferenciam dos sistemas de saúde de outros países. Assim, auditá-lo é tarefa desafiadora.

Ao exercer a função de controle na administração pública, a auditoria torna-se um instrumento de gestão que fortalece o SUS, contribuindo para utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos (BRASIL / Denasus, 2011).

A auditoria é um instrumento de governança. A Nova Gerência Pública – *New Public Management* (NPM) busca tornar o governo mais eficiente e efetivo, com base no controle focado nos resultados, não apenas nos processos de trabalho. O controle é uma das funções administrativas clássicas: planejar, coordenar, supervisionar, executar e controlar.

Agregar as metodologias da Administração por Resultados com a prática de

auditoria é essencial para que os auditores empenhados no trabalho com o SUS possam verificar mais do que processos, mas sim resultados:

Nos últimos tempos os temas auditoria e controle interno têm sido recorrentes para a Administração Pública. A auditoria de conformidade [...] tem cedido lugar à auditoria operacional. Na [...] crescente exigência da população em busca da qualidade do serviço público, as questões formais e processuais cedem espaço à busca pelo resultado [...], onde o resultado da ação pública é avaliado e valorizado (ESAD, 2014).

Nesse aspecto se insere o controle interno, “que busca ser diligente, moderno e eficaz... [necessitando]... desenvolver as técnicas que lhe permitam adequar-se às atuais demandas” (ESAD, 2014) e uma delas é essa proposta de Auditoria por Resultados.

Para atingir o objetivo dessa proposta, foi realizada primeiramente uma análise que identificasse as contribuições das ações do Denasus para modificações nas políticas públicas de saúde, selecionando a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) e a Política de Atenção à Saúde da Mulher, com a avaliação dos mamógrafos na prevenção do Câncer de Mama. De acordo com o Relatório de Gestão, essas foram as que mais avançaram em 2012, totalizando 60,9% das ações de auditoria (BRASIL / Sgep, 2013, p.74).

Depois, cada ação foi relacionada a um dos métodos da Administração por Resultados, culminando em três estudos de casos, que se tornaram a base para propor o estabelecimento da Auditoria por Resultados para o SNA.

O estudo de caso a ser tratado aqui é o Farmácia Popular, criado em 2004, para ampliar o acesso aos medicamentos, uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O PFPPB envolve não apenas o setor público, mas o setor privado. As empresas passaram a fornecer um rol de medicamentos diretamente pelas farmácias e drogarias, mediante a apresentação do receituário médico, facilitando o acesso ao usuário, que se queixava das constantes faltas de medicamentos nas farmácias municipais e estaduais de saúde, sendo constatado inclusive pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) um percentual elevado do gasto com medicamentos pelas famílias.

O programa conta com duas vertentes. Em uma, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi autorizada a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, em rede própria de Farmácias Populares (Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 e Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamentou a Lei 10.858 e institui o Programa). A segunda conta com a participação de farmácias e drogarias da rede privada, chamada de ‘Aqui tem Farmácia Popular’ - Expansão do programa, por meio da Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, mediante o credenciamento da rede privada (BRASIL / SCTIE, 2014).

As unidades próprias contam com um elenco de 112 medicamentos, mais os preservativos masculinos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo representando uma redução de até 90% do valor de mercado. A condição para a aquisição dos medicamentos disponíveis nas unidades, neste caso, é a apresentação do CPF juntamente com uma receita médica ou odontológica (BRASIL / SCTIE, 2014).

O credenciamento da rede teve “o objetivo de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção - distribuição - varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico” (BRASIL / SCTIE, 2014).

Em 2011 “foi lançada a campanha Saúde Não Tem Preço (SNTP) [...] com o objetivo de viabilizar a gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes [...], além de ajudar no orçamento das famílias mais humildes que comprometem 12% de suas rendas com medicações” (BRASIL / SCTIE, 2014). Foram acrescentados três medicamentos para tratamento da asma, passando o programa a oferecer mais de treze tipos com preços até 90 % mais baratos.

2 | PROBLEMA

Perceber a auditoria como instrumento para verificação dos resultados e impactos obtidos nas políticas públicas para contribuir com a gestão é fundamental, de forma que seria um grande desafio responder à pergunta de pesquisa: **A partir das auditorias realizadas no Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, como é possível propor critérios para a criação da modalidade de Auditoria por Resultados para o Sistema Nacional de Auditoria?**

HIPÓTESE: Essa modalidade de auditoria pode ser definida a partir dos conceitos da ciência da Administração, mais especificamente a Administração por Resultados, ou Administração por Objetivos (APO). Assim, o raciocínio hipotético elucidado é de que, utilizando como referência os conceitos e técnicas da Administração por Resultados, é possível propor critérios para a criação de uma modalidade de Auditoria por Resultados para o SNA, com base nas auditorias realizadas no PFPB.

3 | OBJETIVOS

Objetivo Geral: Propor critérios para a criação da modalidade de Auditoria por Resultados para o Sistema Nacional de Auditoria, com base nas auditorias realizadas no Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

Objetivos Específicos:

1. Identificar e analisar os dados consolidados das auditorias do Denasus no

PFPB.

2. Estudar os conceitos e os métodos aplicados à gestão por resultados.
3. Identificar mudanças no Programa, bem como em sua legislação, ocorridas em razão dos resultados das auditorias federais.
4. Selecionar os dados das auditorias do Denasus, no PFPB, voltados para a gestão por resultados e seus alcances efetivos.
5. Sugerir parâmetros para o estabelecimento de uma Auditoria por Resultados para o SNA, com base nas auditorias do Denasus, no PFPB, à luz da ciência da Administração por Resultados.

4 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho envolve a pesquisa qualitativa, baseada na abordagem de Hartmut Günther (2006), e a visão de auditor.

Essa visão é fruto da experiência acumulada no Denasus, na realização de auditorias, análise de processos, emissão de parecer, orientação técnica, treinamentos, bem como, na assessoria da direção do Departamento.

Essa e as experiências de formação, com o olhar voltado para a Administração, puderam permitir a identificação de algumas mudanças acontecendo nas políticas de saúde e a relação com as questões constatadas pelo Denasus e por isso surgiu o interesse em demonstrar a relação de alguns resultados na PFPB com as auditorias.

A pesquisa qualitativa é apropriada à proposta metodológica para o estabelecimento e a sistematização da modalidade de Auditoria por Resultados. Günther, a partir da abordagem de Flick, von Kardorff e Steinke (2000) e Mayring (2002), enumera cinco grupos de atributos da pesquisa qualitativa: a) características gerais; b) coleta de dados; c) objeto de estudo; d) interpretação dos resultados; e) generalização.

a) Características Gerais

O estudo buscou realizar um levantamento de conceitos e métodos aplicados à gestão por resultados, pois, a ação de auditoria está relacionada à eficiência, eficácia e efetividade, itens exaustivamente abordados por Idalberto Chiavenato (2003) no seu famoso livro *Introdução à Teoria Geral da Administração (TGA)*, quanto à Administração por Objetivos (APO), termo introduzido popularmente por Peter Drucker em 1954 em seu livro *The Practice of Management*; bem como muito utilizado atualmente na administração pública, apropriando-se da Administração por Resultados.

“Gestão para resultados, por sua vez, não é apenas formular resultados que satisfaçam às expectativas dos legítimos beneficiários da ação governamental de forma realista, desafiadora e sustentável. Significa, também, alinhar os arranjos de implementação (que cada vez mais envolve intrincados conjuntos de políticas,

programas, projetos e distintas organizações) para alcançá-los, além de envolver a construção de mecanismos de monitoramento e avaliação que promovam aprendizado, transparência e responsabilização. ” (MARTINS e MARINI, 2010, p.29-30).

Martins e Marini (2010) listam importantes métodos e técnicas utilizadas na Administração por Resultados, dentre elas: Gestão da Qualidade Total, de Creech (1995); e PDCA, de Shewhart (1930) e Deming (1950) – representam uma filosofia de melhoria contínua: expansão do foco no atendimento às necessidades dos clientes da *Total Quality Management* (TQM) para uma abordagem por: foco no cliente; melhoria dos processos; e lado humano da qualidade – obtida com o PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), planejamento, execução, controle e reorientação.

Esta técnica foi selecionada a fazer parte do campo teórico da pesquisa, pois o cerne é relacionar as constatações encontradas nas auditorias com a teoria/metodologia da ciência da Administração, entendendo o conceito de eficiência (meios, processos), eficácia (resultados) e efetividade (impacto, benefício social), para demonstrar que as auditorias não são mais puramente legalistas, baseadas na análise de processos apenas.

Tais conceitos de eficiência, eficácia e efetividade foram assim definidos, tomando por base as originárias definições de Idalberto Chiavenato (2003); como também pela abordagem de Nobrega (2008) e suas conclusões a partir do estudo das auditorias operacionais, de acordo com a Organização Internacional das Entidades Superiores de Fiscalização (Intosai); e, pelo Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores (2009), quando da descrição dos 6Es do Desempenho.

b) Coleta de dados

A partir das definições de conceitos e critérios, e considerando a rotina no Denasus e a necessidade do auditor em se manter atualizado com informações sobre as políticas/programas/estratégias de saúde, foi possível perceber e relacionar algumas mudanças na gestão e na legislação do SUS, ocorridas em razão dos resultados das auditorias do Departamento, no PFPB.

Posteriormente, foi consultado o Relatório de Gestão de 2012 para levantamento de mais dados sobre as ações do Departamento e relatórios gerenciais, tornando parte desta pesquisa analítica.

As auditorias no PFPB estão disponíveis no Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS), permitindo a consolidação de dados como quantidade de auditorias, valor de recurso auditado e valor glosado, para todos os anos.

c) Objeto de estudo

O objeto de estudo deste trabalho são as auditorias do Denasus no Programa

Farmácia Popular do Brasil disponíveis no Sisaud/SUS, e os resultados dos relatórios de auditorias individuais podem ser encontrados agrupados nos relatórios consolidados e gerenciais do Departamento.

Os relatórios de auditoria do Denasus são gerados automaticamente pelo sistema, a partir da alimentação de campos de registros específicos tabuláveis automaticamente ou não. Nestes últimos, constam textos corridos, redigidos a critério do auditor. Assim, só é possível serem tabulados, gerando uma planilha no Excel, pelo próprio sistema, a partir da seleção dos campos que se deseja analisar, para enfim fazer as classificações, os agrupamentos e a tabulação, o que foi feito no trabalho de Andrade (2013).

Os resultados do PFPB foram encontrados no Relatório Consolidado de 2012 e no Relatório Gerencial de 2013. O Consolidado é um arquivo de texto elaborado pela Coordenação de Planejamento e Operacionalização (Coplao) do Denasus com dados contados manualmente a partir de uma planilha com as constatações de cada auditoria, retirada do Sisaud/SUS; enquanto que o Relatório Gerencial de 2013, também textual, porém passou a utilizar a nova base de dados tabulados automaticamente no Sisaud/SUS. Por isso alguns dados podem ser comparados a resultados anteriores, mas outros dados não.

Os relatórios gerenciais estão disponibilizados na página eletrônica do SNA, no Sisaud para consulta em arquivo 'pdf', por aqueles que têm uma senha de acesso, ou podem ser solicitados ao Denasus, já que não são documentos sigilosos. Protocolos e roteiros de auditoria, instrumentos específicos para cada política de saúde, construídos para orientação de como planejar e executar as auditorias, estão também disponíveis no Sisaud/SUS.

d) Interpretação dos resultados

Os resultados da análise do caso da Estratégia Saúde da Família foram interpretados após a comparação com o método Prisma de Desempenho. De acordo com Martins e Marini (2010) dentre os importantes métodos e técnicas utilizadas na Administração por Resultados, está o **modelo de gestão do desempenho**, de **Hoshin Kanri**, desenvolvido no Japão nos anos 1960, que compõe um dos três elementos da Gestão da Qualidade Total, os outros dois são as equipes de melhoria da qualidade e o gerenciamento da rotina. Segundo Akao (1991), esse modelo aborda o gerenciamento por meio de diretrizes da alta direção.

Ainda segundo os autores, a **Gestão da Qualidade Total** (*Total Quality Management* – TQM) preocupa-se com o atendimento das necessidades e das expectativas dos clientes, internos ou externos, ressaltando as pessoas e os elementos da qualidade. Com Creech (1995) a TQM tornou-se mais abrangente e a abordagem de desempenho é realizada por três elementos principais: foco no cliente (de acordo com suas necessidades), melhoria dos processos (ausência de retrabalho e erros); e lado

humano da qualidade (conhecimento dos objetivos da organização e diferenciação das atividades com menor divisão dos trabalhos).

Martins e Marini (2010) apresentam que o processo contínuo de melhoria, segundo os padrões da qualidade, é obtido por meio do modelo clássico de planejamento, execução, controle/avaliação e reorientação: o **PDCA** (do inglês, *Plan, Do, Check, Act*), desenvolvido por Walter A. Shewhart na década de 1930, consagrada por Willian Edwards Deming a partir da década de 1950, que descreve a forma como as mudanças devem ser efetuadas em uma organização, dessa forma incluindo a verificação se as alterações produziram a melhoria desejada ou esperada.

Martins e Marini alertam que o TQM e o PDCA não representam um “modelo de gestão de desempenho” propriamente dito, mas uma filosofia de melhoria contínua, contribuindo para orientar as organizações na busca de conformidade a padrões de excelência em gestão e, assim, atender às expectativas de qualidade dos diversos *stakeholders*.

e) Generalização

Para que essas conclusões pudessem ser generalizadas, que foram escolhidas ações realizadas em âmbito nacional, dentre as maiores demandas do Denasus e de maior impacto na sua mobilização interna, tendo envolvido técnicos de todos os estados. Dessa forma, com a representatividade demonstrada, foi possível concluir a aplicação da metodologia na definição de critérios importantes para uma Auditoria por Resultados, possibilitando extrapolar sua utilização por outros órgãos de controle interno ou externo, no nível federal, estadual ou municipal; e para além do âmbito da área da saúde.

5 | RESULTADOS

O Denasus vinha trabalhando proativamente, aumentando o quantitativo de ações realizadas através de demandas internas e passou a auditar o PFPB, nova metodologia de distribuição (dispensação) de medicamentos, adotada pela gestão do SUS. Passou a realizar, a partir de 2011, ações em âmbito nacional alinhadas ao planejamento do MS e com as diretrizes do Governo Federal, que estabeleceu algumas Marcas de Governo para monitoramento:

Marcas	Rede	Prioridade
Saúde Mais Perto de Você	Atenção Básica	PMAQ
Saúde Toda Hora	Atenção às urgências	SOS Emergência
Saúde Conte Com a Gente	Atenção Psicossocial	Comunidades Terapêuticas
Rede Cegonha	Atenção à Mulher	Maternidades
		Acesso ao tratamento de Câncer de Mama
		Acesso ao tratamento de Câncer de Colo de Útero
Saúde Não Tem Preço	Assistência Farmacêutica	Farmácia Popular
CARTA SUS	-	Internações não realizadas/Cobrança indevida
-	Assistência Oftalmológica	Procedimentos de Glaucoma
-	Vigilância em Saúde	Programa de Combate à Hanseníase

Tabela 1. Programação de auditorias vinculada ao planejamento do MS em 2012

Fonte: Denasus, Resultados das Auditorias Realizadas nas Prioridades de Governo em 2012. Apresentação do Diretor à época, Adalberto Fulgêncio, 2013, slide 4.

O planejamento incluiu a verificação de políticas e programas de saúde, de acordo com Marcas de Governo como ‘saúde não tem preço’ (BRASIL / Sgep, 2013, p.73). De acordo com o Relatório de Gestão 2012, dentre as ações de auditoria que mais avançaram estão as do PFPB (objeto Assistência Farmacêutica) representando 23,4% do total de ações realizadas:

Auditorias, fiscalizações e verificação do TAS encerradas, por objeto. Brasil - 2012		
Objeto	Auditorias	% Total
Fora de bloco de financiamento	151	11,3
Assistência Farmacêutica	313	23,4
Atenção Básica	264	19,7
Gestão	16	1,2
Investimentos	14	1,0
Média e Alta Complexidade	238	17,8
Vigilância Sanitária	343	25,6
Total	1.339	100,0

Tabela 2. Auditorias encerradas em 2012

Fonte: BRASIL / Sgep. Relatório de Gestão do exercício de 2012. Brasília, 2013, p.74.

Consta desse relatório de gestão como objetivo estratégico para o Denasus “qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS” (BRASIL / Sgep, 2013, p.25). Para isso a sua estratégia é a “realização de ações de controle interno na gestão do SUS, com foco em resultados, tendo como referência [...] a Garantia de Acesso”. Definiu então, ter como resultado prioritário as ações de controle interno realizadas nas Marcas de Governo.

Em 2012, foram realizadas 1.776 ações de controle interno, sendo 903 auditorias, 354 fiscalizações e 519 visitas técnicas. Especificamente para as ações de controle interno realizadas nas Marcas, o Denasus, em conjunto com as áreas técnicas do MS, selecionou o programa/estratégia/política de saúde para acompanhar; e, ao final de 2012, a situação para o PFPB era: protocolo de auditoria elaborado, roteiro eletrônico elaborado, equipes em campo com 263 ações programadas, das quais 243 encerradas (BRASIL / Sgep, 2013).

A proposta inicial era obter um diagnóstico situacional em relação a cada marca, com ações mais pontuais. Então, como o PFPB já tinha uma demanda própria, foram feitas algumas reorientações no planejamento das ações. Ao término da fase *in loco* de cada auditoria, as equipes elaboraram relatório referente ao estabelecimento (farmácia). Finalizado o ano, foi elaborado um relatório gerencial que permite visualizar de forma macro a situação encontrada em relação aos estabelecimentos auditados.

Como o PFPB contava ao final de 2011 com um atendimento a aproximadamente 10 milhões de beneficiários e 20 mil farmácias/drogaria credenciadas, era impraticável para o Denasus verificar cada cupom emitido para os beneficiários do programa, com visitas em suas residências para comprovar se foram eles mesmos que compraram os medicamentos, mesmo que por amostragem, em todas as farmácias. Além disso, as drogarias passaram a alegar que não possuíam mais os cupons por motivo de furto, roubo ou incêndio.

A partir dessas constatações, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) alterou a portaria quanto à responsabilidade pela guarda dos comprovantes e o Denasus desenvolveu uma nova metodologia para auditar, comparando a entrada e a saída de medicamentos nas farmácias/drogarias.

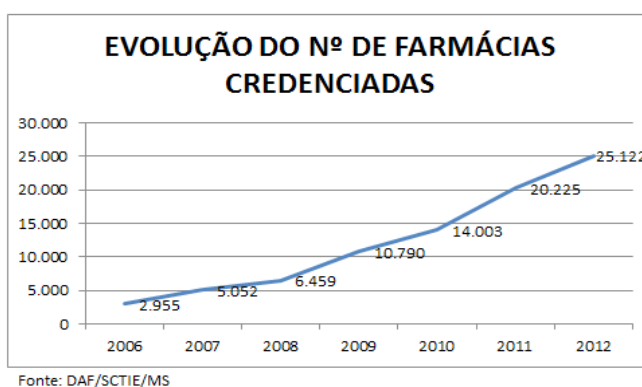


Gráfico 1. Farmácias Credenciadas pelo Programa Farmácia Popular do Brasil

Fonte: (DAF/SCTIE/MS apud BRASIL / Coplao, 2013, p.3)

O programa passou de aproximadamente 3 mil farmácias em 2006, para mais de 25 mil, em seis anos. E com isso também aumentou o controle sobre as farmácias, quase dobrando o número de auditorias realizadas de 2009 para 2012, enquanto que o valor auditado quase triplicou:

ANO	Nº DE AUDITORIA REALIZADAS	VALOR AUDITADO	PROPOSIÇÃO DE RESSARCIMENTO AO FNS - (R\$)	% DA EVOLUÇÃO DO RESSARCIMENTO
2009	143	13.887.651,00	472.658,12	
2010	161	14.830.693,36	907.202,05	91,93%
2011	209	19.363.079,41	5.967.237,77	557,76%
2012	279	33.637.281,09	4.536.835,32	-23,98%
TOTAL	792	81.718.704,86	11.883.933,26	

Fonte: DENASUS/SGEP/MS

Tabela 3. Farmácias Auditadas pelo Denasus

Fonte: (BRASIL / Coplao, 2013, p. 3).

ANO	CUSTO DO PROGRAMA	Nº DE EMPRESAS DESCONECTADAS	Nº DE EMPRESAS DESCREDENCIADAS	Nº DE EMPRESAS MULTADAS
2006	26.228.758,80			
2007	151.623.018,00			
2008	325.045.451,00			
2009	281.219.552,00	164	87	2
2010	243.978.829,00	394	120	84
2011	763.132.478,00	975	95	418
2012	1.334.234.027,43	542	185	324
TOTAL	3.125.462.114,23	2.075	487	828

Fonte: DAF/SCTIE/MS

Tabela 4. Penalidades Aplicadas pelo Programa

Fonte: (DAF/SCTIE/MS apud BRASIL / Coplao, 2013, p.3)

O programa é:

responsável pela maioria dos atendimentos à população em decorrência da capilaridade da rede de farmácias no país e onde está concentrada a maior parte da aplicação dos recursos financeiros do programa, cerca de R\$ 1.855.464.058,00, em 4.186 municípios, por onde estão distribuídos mais de 30.000 drogarias credenciadas, motivos pelos quais também concentra o maior número de ações de controle realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus (BRASIL / Denasus, 2014, p.2).

Em 2012, as ações feitas, na quase totalidade, foram resultantes de demandas oriundas do DAF/SCTIE, responsável pelo monitoramento prévio do programa; e do Ministério Público Federal e Estadual (BRASIL / Coplao, 2013, p.2). Em 2013, além desses, também foi atendida a Polícia Federal (BRASIL / Denasus, 2014, p.6), totalizando:

ANO	PROGRAMADAS	ENCERRADAS	DEVOLUÇÃO (R\$)
2012	334	279	4.629.248,52
2013	370	370	10.399.134,33

Tabela 5. Resultado das Auditorias realizadas em 2012 e 2013

Fonte: Construção própria baseada nos Relatórios Gerenciais do Denasus 2013 e 2014.

Em 2013 além de aumentar a quantidade de auditorias em 24,2%, ainda mais que dobrou o valor do ressarcimento em relação a 2012. E isso se deu com a adoção do Protocolo nº 17, com a utilização da nova sistemática “que alterou consideravelmente o método de auditar o programa, exigindo das drogarias auditadas a comprovação da regularidade das dispensações por meio da apresentação das notas fiscais que comprovem a aquisição dos quantitativos de medicamentos dispensados pelo programa” (BRASIL / Coplao, 2013, p.8). O novo método começou a apresentar resultados no final de 2012.

Das 370 auditorias de 2013, “40 foram realizadas de acordo com Protocolo nº13, ou seja, analisando cupons, receitas médicas e visitas a usuários e 330 Auditorias utilizando o Protocolo nº 17, que consiste na verificação das notas fiscais de aquisição dos medicamentos dispensados por meio do PFPB” (BRASIL / Denasus, 2014, p.7).

Também quanto à mudança no método de realização das auditorias, com a adoção do Protocolo nº 17, em 2013 foram registradas 1.138 constatações não conformes, enquanto em 2012 havia sido registrado quase o dobro (2.260) para chegar às mesmas conclusões com os mesmos tipos de irregularidades (mas os percentuais por tipo não estavam disponíveis em 2012). Assim, com praticamente a mesma força de trabalho, o Denasus reduziu o tempo dispendido com cada auditoria, conseguindo com isso aumentar a quantidade de farmácias auditadas, direcionando para aquelas com indicativo de fraude, o que mais que dobrou a identificação do volume de recursos subtraídos do SUS que deverão ser devolvidos:

Tipos	Irregularidades	2013
QUANTO AOS CUPONS	<ul style="list-style-type: none"> • sem assinatura do usuário; • sem o endereço do usuário; • assinados por terceiros; • com irregularidade na dispensação para analfabetos; • contendo rasuras. 	20%
QUANTO ÀS RECEITAS	<ul style="list-style-type: none"> • com data posterior à dispensação; • sem assinatura/identificação e carimbo do médico; • contendo rasuras ou ilegíveis; • receitas vencidas; • falta da receita médica; • dispensação de medicamentos em quantidade superior ao prescrito; e, • prescrição com CRM inválido. 	35%

QUANTO ÀS FRAUDES COMPROVADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Uso indevido de CPF por parte do estabelecimento farmacêutico, como: • dispensação de medicamentos para CPFs de pessoas falecidas; • dispensação para funcionários das drogarias que não comprovaram a regularidade das dispensações; • dispensação de medicamentos por farmácias não credenciadas; e, • registro de dispensação de medicamentos em quantidades superiores às adquiridas junto aos distribuidores. 	45%
-------------------------------	--	-----

Tabela 6. Principais irregularidades verificadas no PFPB em 2013

Fonte: Construção própria, com base no Relatório Gerencial do Denasus (BRASIL / Denasus, 2014).

Outro ponto considerado é que, na verdade, “a esmagadora maioria dessas irregularidades [...] indicam tratar-se de uso indevido de CPF sem autorização do titular, ou seja, a fraude que acontece com maior frequência e que responde pela maior subtração de recursos SUS” (BRASIL / Coplao, 2013, p. 2; e BRASIL / Denasus, 2014, p.10).

Inclusive, as equipes de auditoria passaram a receber justificativas do auditado de não apresentação dos comprovantes, com alegação de roubo ou furto, juntando boletim de ocorrência policial, entretanto, com data posterior à solicitação dos documentos pela equipe de auditoria. As equipes ficavam sem respaldo para desconsiderar as justificativas e então, o DAF providenciou nova alteração no programa, emitindo a Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012, que obrigou as empresas a se resguardarem, mantendo a guarda dos comprovantes por cinco anos, em duas cópias, uma em meio físico e outra em meio magnético e/ou arquivo digitalizado, no próprio estabelecimento.

A nova metodologia de auditar, a partir da comparação do total de medicamentos adquiridos com os dispensados pelas farmácias no ano, reduziu o trabalho desenvolvido pelos auditores (eficiência), bem como aumentou de forma substancial o número de farmácias fiscalizadas, uma vez que bastava solicitar o envio de Notas Fiscais, reduzindo a necessidade de visita a todas as empresas, focando apenas naquelas com indícios de irregularidades, que merecessem ser visitadas e/ou seus usuários (eficiência, eficácia e efetividade), de forma a identificar as fraudes, retirar as empresas desonestas do programa, recompor os cofres públicos e evitar os desvios de recursos, para permitir maior oferta de medicamentos e/ou desenvolvimento de novas tecnologias ou ampliação das ações e serviços de saúde.

Segue a comparação entre as ações de auditoria e os Resultados para o PFPB, com a filosofia da Melhoria Contínua:

Ferramentas	Ações do Denasus	Resultados para a Política e o usuário
<p>Modelo de Gestão do Desempenho</p> <p>Por <u>diretrizes</u> da alta direção (<i>stakeholder</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de prioridades. • Planejamento de Ação de auditoria orientado pelas diretrizes da gestão (MS) com as Marcas de Governo. 	<p>Controle e Desenvolvimento do PFPB, permitindo o seu realinhamento, de acordo com a realidade local. Eficiência, eficácia e efetividade.</p>
<p>Gestão da Qualidade Total</p> <p>1. <u>Foco no cliente</u>: atender as necessidades e expectativas dos clientes, internos ou externos (<i>stakeholders</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do Programa a partir do monitoramento do DAF (cliente interno): verificação de irregularidades quanto aos cupons, receitas médicas e existência de fraudes (uso indevido de CPF e dispensação acima do adquirido). • Redução do tempo de execução dos trabalhos de auditorias e finalização dos relatórios. • Visita a Usuários. • Defesa junto ao Ministério Público e governo quanto à necessidade do programa, existência de monitoramento e que existem farmácias idôneas. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Governo</u>: DAF aprimorou seu monitoramento, desconectou, descredenciou e multou farmácias. Devolução de recursos ao SUS. • <u>Audidores</u>: otimização do trabalho. • <u>Demandantes</u>: Atendimento rápido e resolutivo. • <u>Usuários e Empresas farmacêuticas</u>: ampliação do rol de medicamentos fornecidos e manutenção do programa. • <u>MPF</u> criticava o programa em razão das fraudes, mas passou a defender quando conheceu seus benefícios aos usuários e a existência de controle.
<p>2. <u>Melhoria dos processos</u> (ausência de retrabalho e erros)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento dos Relatórios de Auditoria e Relatórios Gerenciais ao DAF constando a identificação de tentativa de burla (não comprovação; alegação de perda ou roubo, apresentando Boletim de Ocorrência). • Protocolo de Auditoria nº 17: Nova metodologia foca na compatibilização entre o total de medicamentos adquiridos pela farmácia e suas vendas, e não mais as vendas individualizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>DAF</u> aprimorou o monitoramento, mudou a legislação do Programa, exigindo a guarda dos documentos também em meio magnético ou arquivo digitalizado. • <u>Audidores</u> puderam exigir a comprovação dos documentos, de forma tempestiva, evitando o registro das informações no relatório e emissão de um relatório complementar, caso a comprovação se faça posteriormente.

<p>3. Lado humano da qualidade (conhecimento dos objetivos da organização e diferenciação das atividades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em conjunto com o DAF e demais áreas do Ministério da Saúde para atingir os mesmos objetivos. • Conhecimento e padronização do trabalho desempenhado pelos auditores. • Elaboração de protocolos de Auditoria. • Diferenciação dos métodos das atividades de auditoria, inclusive minimizando o tempo de execução. 	<ul style="list-style-type: none"> • Governo coibindo a fraude. • Denasus melhorou o trabalho dos auditores, antes cansativo, repetitivo e demorado ao analisar todos os cupons. Hoje pela análise de Notas Fiscais o foco é para aqueles cupons com suspeita de fraude. • Os fraudadores são surpreendidos com novos métodos de auditoragem.
<p>PDCA Modelo clássico de Planejamento (Plan), Execução (Do), Controle/Avaliação (Check) e Reorientação (Act).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de auditoria específica para os objetivos do PFPB. • Execução do Protocolo 13. • Controle da execução das auditorias e Avaliação dos relatórios, pelos supervisores locais e no nível central. • Reorientação da metodologia de auditoragem: novo roteiro: Protocolo 17. 	<p>Mudanças na forma do Denasus auditar produziram melhoria no monitoramento e nos resultados do Programa.</p>

Tabela 7. Auditorias do Denasus no PFPB e a Melhoria Contínua

Fonte: Construção própria, com base nas auditorias do Denasus e nos conceitos apontados por Martins e Marini (2010) das metodologias utilizadas na Administração por Resultados.

A Gestão de Desempenho e o PDCA foram utilizados em comparação aos resultados do programa, já que de acordo com a Qualidade Total há preocupação em atender as necessidades e expectativas dos clientes, internos ou externos (usuários do SUS, governo, órgãos de controle e empresas farmacêuticas). Enquanto que a abordagem de desempenho realizada pelos três elementos principais: foco no cliente, melhoria dos processos (a nova metodologia de auditoragem busca não mais a comprovação das vendas individualizadas, mas foca na compatibilização entre o total de medicamentos adquiridos pela farmácia e suas vendas); e lado humano da qualidade (conhecimento dos objetivos do governo de coibir a fraude; diferenciação dos métodos das atividades de auditoria, inclusive buscando minimizar o tempo de execução e a menor divisão dos trabalhos).

No **PDCA** ficou percebida a relação com o processo de mudança na forma de

auditar, tendo seguido exatamente os passos de planejamento, execução, controle e reorientação, na forma com que as mudanças foram efetuadas no Denasus, sendo verificadas alterações que produziram melhoria.

Essas duas filosofias de melhoria contínua contribuíram para demonstrar a busca do Denasus quanto a padrões de excelência em gestão e, assim, atender às expectativas de qualidade dos diversos *stakeholders*. O foco não está apenas no processo, mas nos resultados efetivos para o programa.

Com o foco nos resultados que se deseja alcançar (verificar se o programa está atingindo o seu público alvo, ou seja, se os medicamentos estão chegando aos usuários certos, garantir aos usuários o livre acesso a medicamentos, bem como, identificar/estancar a fraude e restituir os cofres públicos), o Denasus procurou ajustar os seus métodos e protocolos de auditoria (processos) em função de avaliar se as políticas públicas estão atingindo os seus objetivos (resultados).

Essa análise demonstrou que as técnicas e métodos da Administração por Resultados podem ser aplicadas de duas formas: primeiro no processo de trabalho, ou seja, no planejamento e execução das auditorias; segundo, na aferição de desempenho dos programas.

Em relação ao PFPB, foram aplicadas as duas formas, tanto ocorreram resultados no processo de trabalho, com a mudança do protocolo nº 15 para o nº 17, alterando a metodologia de trabalho, reduzindo o tempo de realização e aumentando a quantidade de auditorias realizadas; como também foram verificados resultados para o programa, alterando portaria, aumentando a identificação das fraudes e permitindo restituir o sistema, aplicar multas e retirar do programa os fraudadores, permitindo limpar o sistema para que permaneçam aquelas empresas que realmente tragam benefício à sociedade, de forma a manter o sistema que atende a tamanha quantidade de usuários.

6 | CONCLUSÕES

O Ministério da Saúde considera que a “auditoria tem um papel preponderante na defesa dos interesses sociais, uma vez que: zela pela qualidade das ações e serviços de saúde [...], colabora com o gestor e com a gestão, [...] zela pela boa aplicação de recursos [...] papel importante para a efetividade do controle social” (BRASIL / MS, 2006, Anexos p.194).

Ou seja, “parte-se da premissa de que uma gestão orientada por resultados tem mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social, com incentivos vinculados a produtividade e eficiência” (Araujo MAD, 2010, p.230).

Ficou claro que uma Auditoria por Resultados deve verificar nas políticas, programas e estratégias na saúde, primeiro, se há ‘criação de valor’ para as partes interessadas. Segundo, se há ‘comprometimento da gestão’, como preconiza o Modelo de Gestão do Desempenho, em que há um gerenciamento por meio de diretrizes da

alta direção, com um controle interno forte para garantir a Gestão da Qualidade Total, que mantém foco no cliente; melhoria dos processos (ausência de retrabalho e erros); e a humanização tanto em relação aos profissionais de saúde, como aos usuários.

É preciso ter em mente que “a constatação de falhas, sem a exata correção das verdadeiras causas, é trabalho perdido” (GUEDES [at. al.], 2012, p. 3), já que a qualidade e as inovações permitem um retorno muito mais rentável e duradouro a médio e longo prazos.

A auditoria tem um papel essencial no âmbito do controle. A nova gestão pública está buscando maneiras de se aperfeiçoar e o seu controle naturalmente está envolvido nessa mesma sintonia, como bem aborda a teoria sistêmica de Bertalanffy (CHIAVENATO, 2003).

As metodologias da Administração por Resultados, abordadas por Martins e Marini (2010) dialogam sobre excelência, qualidade, eficiência, eficácia e efetividade com a finalidade de resultados.

A Auditoria por Resultados proposta obedece a um ciclo, baseado no PDCA, devendo ser buscada tanto no que diz respeito à execução dos trabalhos (primeiro enfoque), como na verificação dos resultados das políticas conseguidos pelos gestores/profissionais de saúde e impactados na população (segundo enfoque).

Ao minimizar o tempo e custos das auditorias (eficiência), traçar roteiros e aplicar metodologias que respondam à demanda (eficácia), bem como localizar as conformidades e não conformidades e contraponto, por exemplo, com a realização de entrevistas com usuários (efetividade); fica caracterizada a Auditoria por Resultados; e, da mesma forma, agrega valor ao auditor, orientando e focando sua atuação.

O segundo enfoque é quanto à eficiência na utilização dos recursos da política, eficácia em atingir os objetivos do programa e metas estabelecidas, e efetividade na melhoria da gestão, da resolutividade, satisfação do usuário e reorientação das políticas de saúde, com impacto para a população.

O comparativo entre as auditorias do Denasus e os resultados para o PFPB, em consonância com o modelo da Filosofia de Melhoria Contínua proporcionou critérios para esse tipo de auditoria, com base nos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade, com foco para os dois últimos, ou seja, nos resultados da estratégia, que envolvem o atingimento dos objetivos propostos e o impacto para a população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Amélia. **Auditoria como Estratégia para o Fortalecimento do Controle Interno do SUS**. – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Brasília, 2013. 93 p.

Araujo MAD. **Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(3):230–6.

Departamento de Assistência Farmacêutica. **O Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: DAF, 2014. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9296&Itemid=478 [e] <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/9678-farmacia-popular-do-brasil>. Acesso em 4/8/2014.

BRASIL / Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Brasília: Denasus, 2011.

BRASIL / Ministério da Saúde / Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL / Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Conversando sobre auditoria do SUS**. – Brasília: Denasus, 2011.

BRASIL / Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Departamento Nacional de Auditoria do SUS / Coordenação Geral de Auditoria / Coordenação de Planejamento e Operacionalização. **Farmácia Popular do Brasil “Aqui Tem Farmácia Popular” Relatório Consolidado – 2012**. Brasília: Coplao, 2013. 8 p.

BRASIL / Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Relatório Gerencial Farmácia Popular do Brasil Aqui Tem Farmácia Popular**. Brasília: Denasus, 2014. 11 p., acessado em: 05/11/2014 às 08:55:56 por: Herlon Francisco dos Santos.

BRASIL / Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão do Exercício de 2012**. Brasília: Sgep, 2013. 193 p.

BRASIL / Ministério do Planejamento / Secretaria de Gestão. **Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores**. Brasília: Secretaria de Gestão, 2009.

BRASIL / Tribunal de Contas da União. **Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União: Revisão Junho 2011**. Portaria TCU nº 168, de 30/06/2011, BTCU-Especial nº 12/2011. Brasília: TCU, 2011.

BRASIL / Tribunal de Contas da União / Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. **Dez passos para a boa governança**. – Brasília: Sec. Planejamento, Governança e Gestão, 2014. 28 p.

BRASIL / Tribunal de Contas da União / Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública**. Versão 2 - Brasília: Sec. de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. 80 p.

BRESSER-PEREIRA, LC. **O modelo estrutural de gerência pública**. Revista de Administração Pública, 42(2):391-410, 2008.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. - 7. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003 – 6ª reimpressão.

ESAD. **Auditoria de Resultados**. Disponível em http://www.esadmba.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=125:auditoria-de-resultados&catid=18:descricao-cursos. Acesso em 17/12/2014 às 21hs.

GÜNTHER, Hartmut. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210.

HOOD, C. **A public management for all seasons?** *Public Administration*, 69(1):3-19, 1991.

MARTINS, Humberto Falcão; MARINI, Caio. **Um guia de governança para resultados na administração pública.** Publix Editora, 2010.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** Atualizado por Veralice Celidonio Lopes Meirelles, 1998.

NOBREGA, Sergio Wilson Sefer. **Operational auditing applied to municipal health systems: a study some the experience of Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.** 136f. Dissertation (Master in Public Administration) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O EMPODERAMENTO DA GESTANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL

Mara Julyete Arraes Jardim

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

Andressa Arraes Silva

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

Lena Maria Barros Fonseca

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

RESUMO: Buscou-se compreender as contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. **Desenvolvimento:** Estudo qualitativo, desenvolvido com gestantes do pré-natal. Na análise dos depoimentos utilizou-se o referencial teórico *Empowerment*. Não se evidencia que as gestantes se utilizaram das informações para alcançar o empoderamento e não se identificou a realização de ações que visem à obtenção do protagonismo. **Conclusão:** As estratégias dos enfermeiros caracterizam-se como práticas fragmentadas, refletindo ausência de diálogo e não oferecendo o conhecimento suficiente para o empoderamento da grávida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; Cuidado Pré-natal; Poder.

ABSTRACT: We sought to understand the contributions of nurses to the empowerment

of pregnant women in the process of natural parturition. **Development:** Qualitative study, developed with pre-natal pregnant women. In the analysis of the testimonials, the theoretical reference was used Empowerment. It is not evident that the pregnant women used the information to achieve empowerment and did not identify the accomplishment of actions that aim at obtaining the protagonism. **Conclusion:** Nurses' strategies are characterized as fragmented practices, reflecting the absence of dialogue and not offering sufficient knowledge for the empowerment of pregnant women.

KEYWORDS: Nursing care; Prenatal Care; Power.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando a prática do enfermeiro na assistência qualificada à gestante, como forma de potencializar a capacidade natural e inata da mulher de dar à luz. A preparação para o parto deve promover o empoderamento feminino, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitando o direito ao seu próprio corpo e exercendo uma prática ética fundamentada em evidências (BRASIL, 2013).

Durante todo o processo de parturição,

os profissionais de saúde têm obrigação ética e legal de oferecer-lhe informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e de dar à gestante a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas (COSTA, MEDEIROS, LIMA et al, 2013; SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, deve reconhecer a gestante como alguém que possui vontades, desejos e necessidades, portanto, ele precisa proporcionar-lhe, ainda no pré-natal, o acesso às informações com as melhores evidências científicas para que o processo de decisão dessa mulher seja livre e verdadeiro, favorecendo dessa forma, o seu empoderamento (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

O processo de Empoderamento tem o objetivo de fortalecer a participação e os direitos das gestantes e favorecer o desenvolvimento de seus conhecimentos a respeito das decisões do parto. Esse desenvolvimento nem sempre é automático, por isso existe a necessidade de ações estratégicas para sua obtenção. Nesta perspectiva, as ações educativas são fatores bastante relevantes, pois proporciona confiança na relação profissional-gestante, tornando-a mais harmoniosa, reduzindo a subordinação e favorecendo o protagonismo das mulheres (PROGIANTI, COSTA, 2012; SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

O Ministério da Saúde lançou em 2011, por meio da Portaria nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Nessa rede de cuidados, enfatiza-se a atuação do enfermeiro como o agente para a efetivação do acolhimento, vínculo e práticas humanizadas (BRASIL, 2012; PIO; OLIVEIRA, 2014).

Segundo Silva, Nascimento e Coelho (2015), boa parte do cuidado à mulher, durante a gestação, ainda configura-se no princípio de que o corpo feminino é normalmente defeituoso e dependente da tutela médica-cirúrgica para parir, diante disso, verifica-se a urgente necessidade de incentivo ao empoderamento feminino durante o pré-natal para o processo de parturição natural.

Tomando como pressuposto que as informações fornecidas às gestantes, por meio das ações realizadas pelo enfermeiro, fortalecem o protagonismo da mulher na tomada de decisões, o objeto desse estudo foi o empoderamento feminino no processo de parturição natural. Este trabalho buscou compreender na perspectiva da gestante como o enfermeiro está contribuindo, durante o acompanhamento pré-natal, para a conquista do empoderamento feminino no processo de parturição natural.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Descrevendo a metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, analisado à luz do referencial teórico *Empowerment*.

O cenário dessa pesquisa configurou-se em uma Unidade de Saúde da Família, localizada no município de São Luís, Maranhão. A escolha do local se deu por sorteio, entre as unidades de saúde que possuem um número expressivo de consultas de enfermagem realizadas durante o pré-natal. Participaram do estudo dezoito gestantes desta unidade, de acordo com os critérios de inclusão: mulheres com idade mínima de dezoito anos, que se encontravam no terceiro trimestre de gestação e com o mínimo de três consultas de enfermagem realizadas.

Os dados foram coletados entre os meses de agosto e outubro de 2016, com anterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes, utilizando a entrevista semiestruturada composta por variáveis socioeconômicas e obstétricas para a caracterização das gestantes em conjunto com as questões norteadoras do estudo. O término da coleta se deu com a saturação das informações obtidas, permitindo o aprofundamento do tema abordado e viabilizando o alcance dos objetivos estabelecidos inicialmente.

Para organização dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2010), prosseguindo com a análise dos discursos à luz da Teoria do *Empowerment*. O qual é uma variável multidimensional, de escopo modificável, que se divide em componentes, dimensões e subdimensões que se entrecruzam e dão origem a três fatores de operacionalização: acesso aos recursos necessários, capacidade de decisão e de resolução de problemas e conquista do comportamento instrumental necessário para interagir com os outros para obter recursos, podendo, dessa forma, caracterizar o seu processo de construção nos mais diversos contextos (HOROCHOVSKI, 2006; MACHADO, HEGEDU, SILVEIRA, 2006).

A presente pesquisa obedeceu às orientações constantes na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tanto nos trâmites quanto no anonimato das participantes. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/UFMA), recebeu, analisou e emitiu o parecer consubstanciado de aprovação por meio do número 1.625.950.

2.2 Apresentando os resultados e as discussões

2.2.1 conhecendo as gestantes do estudo

Dentre as gestantes entrevistadas, 78% encontravam-se na faixa etária de 19 a 29 anos e 22% na faixa etária entre 30 a 34 anos. Observou-se ainda que 5% das participantes declararam morar junto com o companheiro, 17% disseram ser casadas,

28% declararam ser solteiras e 50% declararam viver uma união estável. Com relação à raça/cor, 72%, eram pardas, 17% brancas e 11% preta. Todas as gestantes residiam em São Luís.

Com relação à renda familiar mensal, 55% das participantes possuíam renda maior que um salário mínimo, 17% viviam com menos de um salário e 28% não possuíam salário fixo. Com relação à profissão/ocupação, 11% não possuíam nenhum tipo de ocupação e 89% exerciam alguma atividade laboral. Destas, 50% era dona de casa, a outra metade referiu outras ocupações. Sobre a escolaridade, 6% tinham o ensino fundamental completo e 11% incompleto, 28% o ensino médio completo e 39% não concluíram; 5% possuíam ensino superior completo e 11% incompleto.

Com relação à história obstétrica das participantes, verificou-se que 28% referiram ser primigestas e 72% estão na sua segunda gravidez ou mais. Destas, 50% informaram um intervalo entre as gestações de até cinco anos, 33% de seis a dez anos e 17% estavam com mais de dez anos sem engravidar. Todas realizaram o pré-natal e 83% tiveram o acompanhamento do enfermeiro, destas, 70% realizaram mais de seis consultas com esse profissional. Referente ainda à gestação anterior, todas as mulheres pariram no hospital sem nenhuma intercorrência grave. Destas, 75% viveram a experiência do parto normal e 25% enfrentaram a cesárea.

A partir da análise dos discursos das gestantes, sustentada nos três fatores de construção do Empowerment, emergiram três categorias temáticas que traçam as percepções das entrevistadas: *(Re)construindo caminhos em busca do empoderamento, assumindo a direção ofensiva e chegando ao destino final.*

2.2.2 (re)construindo caminhos em busca do empoderamento

Diante dos relatos das entrevistadas, observou-se a influência que a assistência pré-natal pode exercer na autonomia para o parto natural e no conhecimento das gestantes sobre os direitos do período gravídico-puerperal. Essa autonomia está relacionada com as orientações e as estratégias utilizadas na propagação de informações pelos profissionais.

O pré-natal permite o acompanhamento clínico, a prevenção de intercorrências e a atuação em face das necessidades socioculturais, econômicas e emocionais da gestante. Além disso, oferece à mulher a possibilidade de tornar-se protagonista da sua experiência parturitiva, encarando-a como um processo fisiológico e transformador (BRASIL, 2001; MOURA, MELO, CÉSAR, et al, 2015). Os relatos a seguir expressam a importância da assistência pré-natal na concepção das gestantes:

Pra mim, eu considero importante por causa que se você não faz, não vai saber se ta bem o seu bebê... no começo da gestação você tem que fazer os exames tudinho... por isso eu acho importante (G1).

É importante, né, porque a gente acompanha desde o começo o neném, pra saber se ta tudo normal (G12).

As gestantes foram unânimes em relacionar a assistência pré-natal com a importância na descoberta e na prevenção de eventos adversos comuns do período gravídico, tanto para ela como para a criança.

A atenção adequada pode evitar importantes desfechos negativos na mãe e no recém-nascido, como complicações obstétricas, retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição não só da morbidade como da mortalidade materna e infantil. Portanto, a forma mais adequada que a gestante pode utilizar para garantir o bom desenvolvimento de sua gestação é o acompanhamento por meio das consultas no pré-natal (DUARTE, MAMEDE, 2013).

Outros relatos relacionam a importância do pré-natal com o trabalho de parto e parto, acreditando ser possível ter um parto calmo e seguro a partir dos cuidados executados nesse acompanhamento:

Sim, é importante porque a gente vai saber (...) como vai ser o parto, se vai ser um parto tranquilo, um parto complicado (G3).

Embora todas as gestantes tenham considerado o pré-natal importante para o rastreamento de doenças e para a segurança do parto, não se encontrou nas narrativas, abordagem da relevância desse acompanhamento para o estímulo e o resgate da autonomia da mulher no processo de parturição natural. Não foram destacadas práticas assistenciais que favorecem a autonomia da gestante como participante do processo, infere-se, portanto, que estas se mantêm como figuras submissas às práticas institucionais no processo de gestar e parir (VARGAS, VIEIRA, ALVES et al, 2013).

Fundamentando-se na teoria do Empowerment, o reconhecimento da importância da realização do pré-natal, caracteriza-se como um dos pressupostos para o acesso aos recursos necessários ao empoderamento, pois permite a assiduidade da gestante nas consultas e fomenta seu interesse por informações. Pelos relatos obtidos foi possível perceber que as gestantes reconhecem o valor do pré-natal para a saúde da mãe e do bebê, porém, não associam as ações desse acompanhamento à construção da sua autonomia diante das decisões a serem tomadas.

Sabendo-se que o pré-natal é o espaço ideal para a construção de práticas educativas e que os direitos maternos fornecem a ela mais espaço e liberdade no contexto da saúde, buscou-se explorar o conhecimento da gestante a respeito dos direitos sociais, trabalhistas e assistenciais a que lhe cabem:

Sei que tenho direito de ser atendida na frente de todo mundo (G8).

Só conheço o direito de sentar no ônibus que a gente tem prioridade, nas filas que a gente tem a vez já garantida (G18).

Só sei do auxílio maternidade, que inclusive eu tenho (G9).

A legislação federal garante as gestantes o atendimento preferencial em caixas especiais, prioridades na fila de emergência de hospitais, bancos, supermercados, assento preferencial em estabelecimentos e meios de transporte coletivo, além do acesso à porta da frente nesse tipo de transporte. Estes direitos foram conquistados pela lei nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e são assegurados a partir do momento em que a mulher fica grávida (BRASIL, 2000; 2012).

Em relação aos direitos trabalhistas, relatado pela G9, a Constituição Federal e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) garantem benefícios às mães que exercem uma atividade laboral, tais como licença maternidade; estabilidade no emprego, sendo proibida a demissão sem justa causa; direito de amamentar durante a jornada normal de trabalho; entre outros (BRASIL, 1943).

Ficou evidente por meio das falas, a pouca divulgação e orientação dos direitos das gestantes pelos profissionais no pré-natal. Com isso, elas têm acesso limitado às informações necessárias à criação de argumentos de cobrança e de negociação dos seus direitos, principalmente dos trabalhistas e sociais, tornado-se agentes passivas durante o processo gravídico-puerperal.

Ao questionar as gestantes sobre o esclarecimento de suas dúvidas durante o pré-natal, a maioria relatou que o enfermeiro é o principal responsável por transmitir informações e elucidar conhecimentos a respeito da gravidez e do parto, como podemos verificar nas falas seguintes:

Muitas coisas eu não sabia, mas eles [os enfermeiros] estão me esclarecendo tudo (G14 e G15).

De acordo com as falas acima, verifica-se que as dúvidas das gestantes foram esclarecidas particularmente pelo profissional enfermeiro. Logo, tirar as dúvidas das mulheres fornecendo-lhes informações adequadas e instituindo um ciclo de confiança, têm como consequências relações mais harmoniosas e a possibilidade de fazer escolhas com mais autonomia, favorecendo o empoderamento e reduzindo a posição subordinada das mulheres no processo de parto (SCHMIDT, SASSÁ, VERONEZ et al, 2012).

É perceptível que as gestantes do estudo não tiveram acesso a muitos desses dados, o que pode ser devido à simples transmissão de informações de profissional para gestante, excluindo-se o diálogo baseado na troca de experiências e conhecimentos de forma flexível, dinâmica, reflexiva e terapêutica, com o objetivo de atingir a autonomia da mulher diante do processo gestacional.

2.2.2 assumindo a direção ofensiva

No que se refere ao processo de parturição, a mulher pode escolher o tipo de parto, a ambiência, o profissional que irá atender-lhe, o acompanhante, os procedimentos aos quais quer ser submetida, entre outras escolhas. Para isso, ela deve estar

consciente de seus direitos como paciente, melhorando, assim, sua comunicação com os profissionais de saúde (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Quando indagadas se já haviam escolhido o acompanhante para o parto, as gestantes relataram:

Já sim, vai ser o pai com certeza (G5).

Não quero acompanhante (G15).

Sabe-se que a participação do familiar contribui significativamente para que a gestante se sinta mais segura e confortável no processo de trabalho de parto e parto (ESCOBAL, SOARES, MEINCKE et al, 2016). Em vista disso, a realidade expressa nas falas acima mostra a importância dessa informação como forma de empoderar a mulher durante o pré-natal para a tomada de decisões com racionalidade, além de demandar do profissional de saúde o respeito à liberdade de escolha da gestante frente à presença ou não do acompanhante, como visto nos relatos.

Apesar da maioria das participantes deste estudo optar pelo parto normal, acredita-se que suas preferências não partiram de uma discussão com os profissionais sobre os inúmeros benefícios desse tipo de parto, como podemos ver na fala abaixo:

Eu preferia cesárea, mas to achando que vai ser normal mesmo, porque a enfermeira disse que ta tudo bem comigo e com o bebê (G15).

Como pode ser observado, as informações sobre os riscos e indicações também interferem no processo de decisão para o tipo de parto, mas geralmente são inacessíveis para a grande parte das gestantes (PEREIRA, BENTO, 2011). Essa privação de informações decorre, muitas vezes, do despreparo técnico e político dos profissionais que nesse caso pode ser comprovado nas orientações repassadas pelo enfermeiro, ao associarem a possibilidade do parto normal apenas ao bem-estar da mãe e do bebê.

Ao serem questionadas sobre a capacidade de escolher a melhor posição durante o processo de parturição natural, verificou-se nas falas de algumas depoentes um discurso de inércia para assumir a melhor posição no processo de trabalho de parto e parto:

Me sinto capaz disso não, porque na hora eles têm o local preparado já pra que a mulher tenha o bebê. Então a posição que eles mantêm, é a que é pra gente ter o bebê (G8).

Essa possibilidade de escolha deve ser respeitada e estimulada, pois pode proporcionar para a gestante uma menor duração do trabalho de parto e a diminuição da necessidade de analgesia, além de promover o protagonismo da mulher diante da equipe de saúde (BRASIL, 2001; 2014).

Como forma de contribuir com o empoderamento da mulher no processo do parto, principalmente de maneira proativa, os profissionais devem informá-la, durante o pré-natal, sobre os sinais que podem indicar o início do trabalho de parto, alertando a mulher quanto ao momento certo de ir para a maternidade. Quando indagadas sobre isso, foi possível verificar o seguinte:

Na hora que sentir a primeira dor vou para o hospital (G1, G6 e G14).

O desconhecimento sobre as informações referentes ao momento certo de se deslocar até a maternidade pode ocasionar uma admissão precoce da gestante, com intervenções desnecessárias e estresse familiar, gerando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento.

Quando questionadas sobre o que sabiam a respeito dos procedimentos realizados durante o trabalho de parto, a maioria das gestantes apresentou desconhecimento sobre o tema, como pode ser visto nas falas a seguir:

Eu só sei o que minhas amigas me falaram, que eles dão uma injeção para dar mais força pra mulher. Aí se não tiver muita passagem, eles cortam pra poder o bebê passar (G3).

Eu sei o que passei da minha experiência anterior, que me deixaram numa sala sentindo dor e fizeram o teste pra saber se tava na hora (G8).

Observa-se que as gestantes exteriorizaram suas percepções baseadas em experiências desagradáveis que foram ouvidas ou vividas por elas, e que confirmam a importância do diálogo aberto e esclarecedor entre profissionais e gestante/família sobre as intervenções desnecessárias no trabalho de parto e da necessidade de sua realização em alguns casos.

Faz-se necessário destacar que a atenção perinatal de qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da implementação de condutas acolhedoras com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando as intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo a privacidade e autonomia e compartilhando com a mulher as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2006; VARGAS, VIEIRA, ALVES et al, 2013).

2.2.4 chegando ao destino final

Todos os profissionais envolvidos na assistência pré-natal devem favorecer as práticas de educação em saúde, como forma de orientar e esclarecer as dúvidas e de incentivar a autonomia das gestantes, permitindo que acreditem no próprio poder de ação.

Quando indagadas sobre as orientações recebidas pelos profissionais de saúde,

as depoentes citaram o seguinte:

As enfermeiras que estão me informando sobre tudo, me deram informações sobre alimentação, local de parto e a importância do parto normal (G2).

O enfermeiro e o obstetra são muito atenciosos, me dão informações, principalmente sobre amamentação (G4).

Observa-se que as falas das gestantes retratam as orientações repassadas pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal e fazem parte de uma atenção qualificada, porém, são práticas fragmentadas e isoladas, que podem apresentar-se insuficientes para o exercício da autonomia feminina durante o processo de parturição natural.

O enfermeiro deve atuar como um promotor das boas práticas na assistência pré-natal, por possuir formação técnica, científica e humanística capaz de se fazer cumprir os desenvolvimentos das atividades de atenção básica à saúde da mulher (COSTA, MEDEIROS, LIMA et al, 2013). Alguns relatos relacionaram a importância que esse profissional exerce no acompanhamento da gravidez:

Com certeza é importante. Praticamente tudo que sei foi o enfermeiro que me orientou (G5).

São sim importantes. Porque elas tiram muitas dúvidas e nos deixam mais seguras (G7).

Assim, observa-se que a postura adotada pelo enfermeiro pode influenciar o alcance do empoderamento instrumental da gestante e, de certa forma, contribuir na diminuição dos índices de violência obstétrica, visto que o acesso às informações e o respeito aos direitos acerca dos procedimentos realizados no trabalho de parto e parto atravancam a adoção de práticas invasivas e desnecessárias.

Buscando conhecer a real capacidade das gestantes para experienciar o parto natural, indagou-se sobre a própria confiança para parir e o que as motivava para tal. A seguir podem-se observar alguns argumentos:

Me considero bastante capaz de parir, porque pra mim é coisa de Deus (G1).

Ah, não me sinto não. Porque eu sofri muito do primeiro filho e foi uma sensação que eu não quero passar outras vezes. Foi horrível (G13).

O posicionamento da maioria das gestantes sobre a capacidade de parir não parece ter sido favorecido pelas orientações do enfermeiro, o qual pode intervir na apropriação do processo de parturição natural, expressa na maior segurança e autoconfiança dessa clientela.

O papel dos profissionais no cuidado à saúde durante a gestação tem especial importância, uma vez que suas opiniões vão influenciar a percepção das mulheres em

relação a todas as decisões do processo. O que pode contribuir efetivamente para a crença na sua vocação em dar à luz (DOMINGUES, DIAS, PEREIRA et al, 2014).

O processo de empoderamento exige, portanto, uma atitude de comunicação, negociação e correlação dos profissionais de saúde com a gestante, além do reconhecimento das potencialidades e do âmbito socioeconômico de cada uma delas. Para isso, o processo requer também a autonomia do enfermeiro, uma vez que esse profissional precisa conhecer as informações para poder viabilizá-las às gestantes.

Dessa forma, o empoderamento da gestante permite que ela interaja com o meio em que está inserida, produzindo soluções para os problemas relacionados ao processo de parturição.

3 | CONCLUSÃO

Verificou-se por meio desse estudo que as gestantes reconheceram a importância do acompanhamento pré-natal, relacionando-o à descoberta e a prevenção de eventos adversos comuns do período gravídico, ao início precoce do acompanhamento da mulher e do bebê e ao trabalho de parto e parto seguro

Em contrapartida, não fica claro que as gestantes se utilizaram das informações fornecidas pelo enfermeiro para atingir o empoderamento no parto, refletindo em suas falas a ausência de um diálogo com o profissional, baseado em evidências científicas e em reflexões a respeito do seu protagonismo. As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o incentivo ao empoderamento se caracterizam como práticas fragmentadas que não ofereceram o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina, uma vez que, nenhuma relatou ter participado de atividades que podem subsidiar esse preparo, como as atividades em grupos e as visitas domiciliares realizadas pelo enfermeiro.

Esses resultados demonstram um déficit na assistência gravídica puerperal, uma vez que a realização das estratégias de educação tem o objetivo de orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as mulheres atendidas tenham autonomia e corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. Portanto, a contribuição do enfermeiro na construção do empoderamento da gestante para experienciar o parto natural é tímida, modesta e, muitas vezes focada apenas no conhecimento tecnicista, esquecendo-se de atender as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais da mulher que está em processo de parturição.

Considera-se urgente a necessidade de interação entre enfermeiro e gestante, para que o profissional conheça as carências apresentadas por elas no pré-natal e forneça as orientações necessárias para a aquisição de autonomia. Essa interação pode dar-se pela implantação de espaços de discussão no pré-natal que levem em consideração as crenças, os valores e os anseios da mulher grávida, os quais devem proporcionar a prática da educação em saúde como estratégia para que ela tome a

decisão na promoção de sua saúde materna, propiciando o exercício de sua cidadania e a vivência humanizada durante todo o ciclo de parturição.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Brasília, ago. 1943. Seção 1, p. 11937. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm>. Acesso em: 23 out. 2016.

_____. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000. **Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/vademecum-brasileiro,lei-n-10048-de-8112000-daprioridade-de-atendimento-as-pessoas-queespecifica-e-da-outrasprovidencias,22499.html>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré – natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Rede cegonha reduz mortalidade materna em 21% no 1º ano do programa, diz saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21-no-1o-ano-do-programa-diz-saude>>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013.

COSTA, K.F.; MEDEIROS, M.L.D.; LIMA, I.C.S. et al. Percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo enfermeiro durante o pré-natal. **R. Interd**, v.6, n.4, out./nov./dez. 2013.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, **Cuiabá. Cienc. Enferm**, Concepción, v.19, n.1, p.117-129, 2013.

ESCOBAL, A.P.L.; SOARES, M.C.; MEINCKE, S.M.K.; et al. Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. **Rev Fund Care Online**, v.8, n.3, p.4711-16, jul./set. 2016.

HOROCHOVSKI, R.R. Empoderamento: definições e aplicações. In: **Encontro anual da ANPOCS**. 30.,24-28, 2006, Caxambu. Minas Gerais: ANPOCS, 2006. Resumo, p.1-29.

LEÃO, M.R.C.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.8, 2012.

MACHADO, J.D.; HEGEDÜ, P.; SILVEIRA, L.B. Estilos de relacionamentos entre extensionistas e produtores: desde uma concepção bancária até o *empowerment*. **Cienc Rural**,v.36, p.641-7, 2006.

MOURA, S.G.; MELO, M.M.M.; CÉSAR, E.S.R. et al. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **J. res.: fundam. care. online**, v.7, n.3, p.2930-38, jul./set. 2015. Disponível em:<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/857/863>>. Acesso em: 10 nov. 2016

PEREIRA, A.L.F.; BENTO, A.D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.471-7, jul./set. 2011.

PIO, D.A.M.; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, 2014.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.257-63, mar./abr. 2012.

SCHMIDT, K.T.; SASSÁ, A.H.; VERONEZ, M. et al. The first visit to a child in the neonatal intensive care unit: parents perception. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.1, p.73-81, jan./mar. 2012.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, jul./set. 2015.

SODRÉ, T.M.; MERIGHI, M.A.B.; BONADIO, I.C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saúde**, v.11, supl.11, 2012.

VARGAS, P.B.; VIEIRA, B.D.G.; ALVES, V.H. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **J. res.: fundam. care. online**, v.6, n.3, p.1021-35, jul./set. 2013.

COTIDIANO DE MULHERES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Bruna da Silva Oliveira

Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
Maranhão.

Yana Thalita Barros de Oliveira Castro

Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
Maranhão.

Líscia Divana Carvalho Silva

Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
Maranhão.

Patrícia Ribeiro Azevedo

Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
Maranhão.

Andrea Cristina Oliveira Silva

Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
Maranhão.

Marli Villela Mamede

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São
Paulo.

RESUMO: A percepção da sintomatologia da doença cardíaca, mudanças no comportamento e desempenho de papéis constituem-se em importantes formas de expressão de desigualdades de gênero e de acesso à atenção à saúde. Objetivou-se analisar o impacto da descoberta da doença arterial coronariana no cotidiano das mulheres. As principais mudanças no cotidiano das mulheres estão relacionadas às atividades laborais e domésticas, traduzindo-se em sentimentos de desânimo,

tristeza, dependência, insegurança, impotência e frustração. Considerar a perspectiva das mulheres oferece uma nova oportunidade para planejar estratégias de promoção da saúde, detecção de agravos e utilização dos cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres. Conhecimento. Doença das coronárias.

ABSTRACT: The perception of symptoms of heart disease, changes in behavior and performance of roles are important forms of expression of gender inequalities and health care access. Aimed to analyze the impact of the discovery of the coronary heart disease in the daily lives of women. The main changes in the daily lives of women are related to industrial and domestic activities, translating into feelings of despondency, sadness, dependence, insecurity, powerlessness and frustration. Consider the prospect of women offers a new opportunity to plan strategies for health promotion, detection of aggravations and use of health care.

KEYWORDS: Women. Knowledge. Coronary disease.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbimortalidade em ambos

os sexos, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. No Brasil, essas doenças aparecem em primeiro lugar na mortalidade, sendo responsáveis por quase um terço dos óbitos, com 65% das mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (GODOY et al., 2007; MUSSI et. al, 2007; SANCHO CANTUS; SOLANO RUIZ, 2011). A prevalência das DCV passou de 10% na década de 30, para cerca de 30% em 2005, produzindo, no mundo, 3,6 milhões de mortes em mulheres (BRASIL, 2008; OMS, 2005), perfazendo um índice de 53% de mortalidade feminina por DCV o que representa um risco de morte maior que o câncer de mama que atingiu apenas 4% (FERNANDES et al., 2008). As DVC são caracterizadas como alterações crônicas e degenerativas que comprometem a funcionalidade do sistema circulatório e do coração, como é o caso da doença arterial coronariana, da doença cerebrovascular e vascular periférica (LÚCIO, 2005).

A doença arterial coronariana (DAC) era uma doença masculina, no entanto, atualmente, as pesquisas sugerem que o sexo feminino constitui, por si só, um preditor independente de morbimortalidade para doenças cardíacas. As previsões apontam que para o ano 2050, a mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) será aproximadamente 30% maior em mulheres do que em homens (ALFONSO; BERMEJO; SEGOVIA, 2006; SANCHO CANTUS, SOLANO RUIZ, 2011). A DAC é mais prevalente em homens até os 65 anos, contudo, nas mulheres, esta se manifesta em média 10 a 15 anos mais tarde que nos homens, o que possivelmente pode ser explicado pela ação protetora do estrogênio. O IAM, por exemplo, está entre os principais causadores de morte em mulheres acima de 50 anos no Brasil (NICOLAU et al., 2007; FERNANDES et al., 2008).

Apesar dos fatores de riscos serem semelhantes entre os sexos, observa-se algumas diferenças entre homens e mulheres, como o impacto da presença de hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, que é mais acentuado no sexo feminino (FERNANDES et al., 2008). Todavia, cabe ressaltar que as mulheres também passaram a adquirir hábitos nocivos como o sedentarismo e a má alimentação.

Em relação à sintomatologia, as mulheres portadoras de DAC têm o hábito de referir sintomas prodrômicos tais como enxaqueca, dores no ombro, fadiga e menos frequentemente, cegueira temporária. Estas são mais predispostas, ainda, a sintomas como dor no braço, mandíbula e dentes, e estes podem estar relacionados, principalmente, a momentos de estresse. Além disso, a frequência da dor nas costas é o dobro entre as mulheres em relação aos homens (SANCHO CANTUS; SOLANO RUIZ, 2011). Os sintomas atípicos se manifestam com maior frequência nas mulheres pré-menopáusicas, já as pós-menopáusicas podem referir mais comumente dispneia súbita e apresentar menos dor nos braços e menos sudorese profusa. Soma-se o fato de que, em geral, a primeira apresentação clínica da cardiopatia isquêmica na mulher é a angina de peito (HERAS, 2006).

Muitas vezes as mulheres têm um acesso ineficaz à terapêutica recomendada para a DAC. Além disso, os desfechos hospitalares mais trágicos, como a morte,

o reinfarto, a insuficiência cardíaca, o acidente cerebrovascular e as hemorragias são mais recorrentes entre a população feminina. Mesmo com todos esses fatores adversos, as mulheres com DAC têm um acesso menos frequente aos profissionais da cardiologia, fazendo com que estas estejam à mercê de um atendimento mais deficiente. De fato, a percepção da dimensão e da gravidade da DAC tem sido um problema na sociedade, não só para as mulheres, mas também para os profissionais de saúde que as atendem e, sobretudo, para os meios de comunicação (ALFONSO; BERMEJO; SEGOVIA, 2006).

No desenvolvimento da DAC, as questões de sexo representam uma das características que contribuem para a particularização tanto dos processos fisiológicos quanto dos patológicos. Da mesma forma, há de se considerar os aspectos relacionados com o meio sociocultural e psicológico, relativos ao gênero, que podem influenciar na gênese dessa doença (ROHLFS et al., 2004). Tais aspectos parecem exercer grande influência nas questões que envolvem a DAC. No caso das mulheres, pode haver uma tendência à resistência a dor e a outros sintomas, o que pode estar relacionado a experiências circunstanciais do cotidiano feminino, como, por exemplo, a experiência da dor do parto, episódios de violência, ou, ainda, restrições sociais impostas a estas, dentre outros. Nas sociedades ocidentais, ainda hoje, é comum a busca pela distinção da força e das condições entre o homem e a mulher, sendo o homem visto sempre como o mais forte (MUSSI; PEREIRA, 2010).

Em nossa sociedade, algumas representações foram atribuídas ao sexo feminino, dentre elas o envolvimento com as questões emocionais e maternas, a tolerância do sofrimento e o amparo aos entes queridos doentes, desde o padecer até a morte, atribuindo-lhes, a partir dessas vivências, o significado de feminilidade. Com isso, criaram-se concepções de que, entre as mulheres, a dor física ou emocional é mais recorrente e mais fácil de ser suportada (MUSSI; PEREIRA, 2010). Diante da preponderante figura feminina no espaço familiar, a resistência a condições que levam a algum tipo de sofrimento, como uma doença, pode ser comum. Isso pode estar relacionado ao desejo de preservar o desempenho constante da função de mulher, mãe, avó, responsável pelo espaço doméstico, entre outros.

Entretanto, a descoberta da DAC, dos seus agravos e limitações, além da possibilidade de afastamento das atividades domésticas e do trabalho pode gerar insegurança e sofrimento, alterando de diversas formas seus papéis sociais. Dessa forma, a mulher pode estar sujeita a um rompimento involuntário com a vida cotidiana, levando a situações de desconforto consigo mesma e nas suas relações humanas (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006; MUSSI; PEREIRA, 2010).

É conhecido que existem diferenças entre os sexos, não apenas em relação à manifestação clínica da DAC, mas também quanto à abordagem terapêutica ou à forma de responder a um evento cardíaco. Um dos principais problemas que afetam as mulheres está relacionado à apresentação dos sintomas, pois ela própria os caracteriza e interpreta erroneamente, e, na maioria das vezes, menospreza seus

sinais (LOCKYER, 2008). Parte-se, portanto, do princípio da estreita relação entre a percepção das manifestações e sintomas da DAC, as mudanças no comportamento e desempenho de papéis, na medida em que estes episódios constituem-se em importantes formas de expressão de desigualdades de gênero e de acesso à atenção à saúde.

Apesar de os resultados dos estudos não serem uniformes, as evidências são robustas ao mostrarem que o sexo feminino está associado a um menor acesso à assistência coronariana, apontando assim, para a necessidade de políticas públicas que visem a reduzir tais desigualdades (MEDEIROS; PADIAL, 2007). Nesse sentido, observa-se que os aspectos fisiológicos e emocionais relacionados à DAC entre as mulheres, desde a manifestação da doença e confirmação do diagnóstico ao cotidiano dessas mulheres, seus papéis sociais, suas expectativas e medos necessitam de uma melhor compreensão.

2 | OBJETIVO

Analisar o impacto da descoberta da doença arterial coronariana no cotidiano das mulheres.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de descrever o impacto da doença arterial coronariana no cotidiano das mulheres. O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), uma instituição pública federal da cidade de São Luís – MA, de assistência terciária e de referência para o Estado do Maranhão nos procedimentos de alta complexidade em cardiologia. Possui duas grandes unidades hospitalares, Presidente Dutra e Materno Infantil (UFMA, 2010). O local de estudo foi o Ambulatório de Cardiologia do HUUFMA, localizado no 1º andar da Unidade Materno Infantil, e em dois consultórios no 1º andar da Unidade Presidente Dutra.

A população foi constituída por mulheres com diagnóstico médico de DAC confirmada por exame de arteriografia coronária. Os critérios de exclusão estabelecidos foram mulheres com distúrbios na fala e distúrbios mentais por acreditarmos que poderia influenciar nos resultados da pesquisa. A coleta de dados foi realizada durante os meses de janeiro a abril de 2014. Ao final da coleta, foram abordadas 28 mulheres, dentre as quais 15 foram entrevistadas e 13 foram excluídas por não atenderem ao critério de inclusão – diagnóstico de doença arterial coronariana.

As mulheres foram interrogadas no Ambulatório de Cardiologia do HUUFMA enquanto aguardavam a consulta médica, ocasião em que a pesquisadora se

apresentava e explicava o objetivo da pesquisa. A partir da confirmação do critério de inclusão, iniciava-se a explicação de como se daria a realização da pesquisa, esclareceu-se a necessidade da utilização de dispositivo eletrônico (gravador) e, solicitou-se o consentimento das mesmas. Para assegurar o anonimato das participantes foi realizada a identificação das mulheres por códigos, assim foi feito sequencialmente em todas as entrevistas. Os códigos foram baseados na letra “M” para atribuir o significado de “Mulher”, e a numeração crescente foi atribuída por ordem de realização das entrevistas. A proposta para o tratamento e interpretação dos dados da pesquisa foi obter um posicionamento mais completo sobre o todo da história da mulher, para isso foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011).

Esse estudo delineou-se a partir de uma pesquisa maior intitulada: “Mulher climatérica e doença arterial coronariana: desvelando sentidos e significados, submetida ao Colegiado do Curso de Enfermagem da UFMA e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP- USP), sob o parecer nº 293.900.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil das participantes

Em relação ao perfil sóciodemográfico das entrevistadas, 5 (33,3%) tinham entre 65 – 74 anos, com idade média de 63,46 anos, 12 (80%) mulheres eram do interior do Estado, 10 (66,7%) não tinham companheiro – apenas 5 (33,3%) eram casadas –, 7 das entrevistadas (46,7%) eram lavradoras, 8 (53,3%) possuíam o ensino fundamental incompleto – 4 (26,7%) eram analfabetas –, e 12 (80%) eram católicas.

4.2 Impacto da doença arterial coronariana no cotidiano das mulheres

Atualmente as noções de saúde e doença são permeadas pela inter-relação de fatores biológicos, ambientais, econômicos, sociais e culturais. Sabe-se que estado da saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e a sua realidade social e cultural, assim como os problemas advindos da doença se relacionam a crenças, práticas e valores. As questões que permeiam a saúde e a doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem. Dessa forma, a doença deixa de ser primariamente biológica, sendo concebida primeiro como o resultado das experiências e significados elaborados a partir dos aspectos sociais e culturais e secundariamente como um evento biológico. A doença é dinâmica e requer interpretação e ação baseada nos seus diferentes significados (ROTOLI; COCCO, 2007; LANGDON; WIIK, 2010).

Essas diferenças de significados e representações revelam, ao longo dos séculos, elementos naturais e sobrenaturais nas explicações das enfermidades de acordo com

crenças e valores de diferentes povos. Uma concepção do processo saúde-doença se distanciou de preceitos religiosos, revelada pelo desequilíbrio dos elementos físicos e mentais. No cenário atual, o processo saúde-doença se dá na medida em que há o equilíbrio de elementos como a qualidade de vida e estilo de vida e os cuidados com a saúde (DIAS et al., 2007).

No início da década de 70, a preocupação em observar a mortalidade feminina por doenças cardiovasculares começou a aumentar. A geração de mulheres após a Segunda Guerra Mundial foi marcada pela inserção no mercado de trabalho, como nas indústrias bélicas, ou por terem ficado viúvas, provocando mudanças no estilo de vida das mesmas. Estas mudanças tiveram um grande impacto no surgimento das doenças coronarianas, em especial, partir da década de 80, quando se começou a perceber um aumento na mortalidade cardiovascular das mulheres em detrimento da diminuição desta nos homens. Isto foi associado às mulheres menopáusicas dos anos 60, ano do advento das pílulas anticoncepcionais com altas doses de hormônios, aliadas a mudanças do estilo de vida e à incorporação de hábitos danosos à saúde, tais como o sedentarismo, o tabagismo, além das sobrecargas de trabalho. Todos esses aspectos contribuíram para um maior índice de DAC no sexo feminino. Sabe-se atualmente que o simples fato de ser mulher implica em aumento da mortalidade em relação aos homens, considerando patologia, gravidade e condições clínicas similares (MELGAREJO; HIGUERA LEAL, 2011).

Destaca-se também que as condições históricas, sociais, físicas, emocionais e as questões de gênero parecem interferir nas condições de saúde das mulheres e no seu cotidiano.

4.2.1 Mudanças no cotidiano

Especialmente, no universo feminino, os aspectos fisiológicos e socioculturais foram se construindo de forma que a mulher assumiu os cuidados informais à saúde, baseado no imaginário de que o cuidado é inerente ao sexo feminino, uma vez que as atividades cotidianas relacionadas ao cuidar sempre fizeram parte da vida das mulheres. Além disso, no cenário da saúde, o sexo feminino sempre teve uma presença mais forte, tanto nos recursos humanos quanto no comparecimento aos serviços de saúde. Essa identidade da mulher como cuidadora foi alicerçada ao longo da história associada à ideia de divisão dos papéis sociais, do homem como responsável pela produção de bens materiais e intelectuais em âmbito público e da mulher restrita ao âmbito privado, sendo valorizada pela sua capacidade reprodutiva no exercício da maternidade, no papel de esposa e trabalhadora do lar (TEDESCHI, 2004; PEDREIRA, 2008; BENITES; BARBARINI, 2009).

Apartir do século XX, entretanto, os papéis femininos começaram a ser redefinidos ao passo que a sociedade começou a sofrer inúmeras mudanças econômicas, sociais, demográficas e culturais. A partir da década de 60, deu-se o acesso das mulheres à

educação, ao mercado de trabalho remunerado, ao direito de votar, dentre outros, o que proporcionou a inserção destas nos espaços públicos anteriormente associados ao universo masculino, somando, assim, os aspectos inerentes ao cuidado a uma modificação do seu estilo de vida e de suas relações familiares. A partir disso, pôde-se perceber uma queda nos níveis de fecundidade, longas jornadas de trabalho e o aumento de famílias lideradas por mulheres. Essas conquistas também implicaram em comprometimento da sua qualidade de vida aumentando sua vulnerabilidade ao adoecimento, uma vez que as mulheres passaram a acumular papéis e exigências, provocando sobrecargas em seu espaço doméstico prejudiciais ao seu próprio autocuidado (GUEDES; SILVA; COELHO, 2007; PEDREIRA, 2008; BENITES; BARBARINI, 2009; CORTES et al., 2010; ROSADO et al., 2011).

De fato, existem muitas questões inerentes ao acometimento pela DAC que representaram uma ruptura na vida cotidiana das mulheres da pesquisa. Nas falas abaixo, pode-se ter essa dimensão baseada no sentimento de impotência e inutilidade diante das restrições impostas pela doença cardíaca desde as tarefas mais elementares até o próprio autocuidado, modificando a dinâmica familiar na medida em que eram mulheres ativas e se tornaram dependentes de outrem:

“[...] a gente fica uma pessoa inutilizada, como eu vivo assim, não tenho condição de tá trabalhando, fazendo nada... é uma vida muito cansativa que a gente sente com esse problema de coração, nada a gente pode fazer, não pode cuidar da vida da gente... eu vivo inutilizada...” – M3

“[...] eu não posso fazer nada, eu me sinto inútil, eu to me sentindo inútil, só esperando pelos outros...” – M10

Essa sensação de impotência, de anulação e dependência no processo de viver dessas mulheres se remete ao medo de perder a autonomia e a capacidade física, mas também à preocupação com o futuro e o bem estar de suas famílias. Para as pessoas com DAC, o trabalho parece ter um significado importante, pois traz a sentimento de utilidade e de reconhecimento como um ser produtivo. Com isso, as principais preocupações das mulheres com DAC estão relacionadas às atividades laborais, já que estas constituem uma forma de realização pessoal. Essa questão é muito importante e requer uma atenção especial dos profissionais na assistência à saúde, pois nem sempre estas têm um suporte psicológico necessário para encarar essas mudanças, haja vista que, na cultura ocidental, o trabalho é percebido como um fenômeno que dá sentido à vida, determinante não só pelo prisma financeiro, mas, principalmente, de autonomia, de se manter útil e valorizado, além do desejo de ser alguém participativo no seio familiar (SOUZA, 2004; LÚCIO, 2005).

As alterações causadas pela DAC também podem influenciar negativamente na realização dos afazeres domésticos (NATIVIDADE, 2004). Uma questão a ser destacada é que o reconhecimento da mulher no mercado de trabalho foi marcado por desafios exatamente porque estas sempre tiveram o domínio sob o espaço privado no

que se refere à realização dos trabalhos domésticos, implicando em desvalorização destas frente ao papel produtivo do homem fora do lar. Entretanto, essa contribuição das mulheres na forma de labor doméstico, ainda que não remunerada, é essencial na manutenção da harmonia familiar, ao passo que assumem a responsabilidade de cuidar da casa, de preparar os alimentos e de cuidar dos filhos e netos. Embora essa realidade venha se modificando ao longo dos anos, com possibilidade de usufruir de um trabalho remunerado mais facilmente, essas tendem a acumulá-lo com as atividades domésticas, intensificando a questão das jornadas excessivas de trabalho e as desigualdades em relação a esse gênero. Talvez por isso, o labor doméstico no cotidiano das mulheres, remuneradas ou não, seja um papel distinto em suas vidas (DIAS et al., 2007; SOUZA, 2008; BENITES; BARBARINI, 2009).

De fato, a DAC impõe algumas modificações no cotidiano das mulheres, ainda que temporariamente, como o afastamento do trabalho, alterações nos hábitos alimentares e adesão ao tratamento medicamentoso, que, invariavelmente, provocam reações de estresse físico e emocional (FAVARATO, 2004; GARCIA et al., 2012). As mulheres dessa pesquisa se inserem nessa realidade ao relatarem as restrições e incapacidades provocadas pela DAC alusivas às atividades domésticas e/ou laborais como as mais impactantes no seu cotidiano. As limitações impostas pela doença cardíaca alteraram sua capacidade física, modificaram suas atividades cotidianas e foram agravadas pela presença dos sintomas, o que ocasionou sentimentos de frustração, sofrimento, perda da autonomia e a substituição de uma vida ativa para uma vida de dependência e ociosidade, como segue os relatos:

“Trabalhos domésticos pra mim no meu dia-a-dia quando eu tava boa de saúde eu fazia tudo, lavava, cuidava da casa, fazia comida, fazia tudo, hoje eu não posso mais fazer nada disso. Trabalhava com roça, quando eu fiquei pior, que eu não pude mais fazer força, eu trabalhava com venda né, como autônoma, de lá pra cá tá com mais de ano, vai fazer 2 anos que eu não vendi mais, não fiz mais nada, só em casa mesmo cuidando da minha saúde [...]” – M1

“[...] depois que eu larguei de trabalhar no pesado, minha vida é em casa mesmo, é só fazer um “comezinho”, agora nem isso eu não to fazendo que eu não posso [...] Quando eu descobri a doença eu ainda trabalhei uns tempo, mas aí não aguentei mesmo, larguei, larguei por uma vez [...] De tudo que eu fazia que eu não consigo mais fazer é trabalhar de roça, quebrar coco[...] lavar roupa, varrer casa é uma coisa que eu não consigo mais ta fazendo...” – M8

“[...] Antes eu fazia tudo, eu varria casa, eu lavava o banheiro, eu lavava a minha roupa...se eu fizer qualquer movimento dói, então eu não me sinto segura de varrer [...] são coisas que eu fazia, eu não faço de jeito nenhum que eu tenho pavor, entendeu.” – M2

Um estudo retrospectivo sobre a prevalência das doenças cardiovasculares nas aposentadorias concedidas em um serviço público demonstrou que do total de aposentados por cardiopatias incapacitantes, 53,3% dos pacientes eram do sexo feminino. Dentre as queixas mais frequentes apresentadas pelos pacientes estavam a dispnéia aos esforços, o cansaço, a precordialgia, a cefaleia, as tonturas, as

palpitações, dentre outras. Verificou-se que a doença encontrada com mais frequência foi a hipertensão arterial seguida pela cardiopatia isquêmica, ocorrendo, quase sempre, a associação dessas (BESSER; SILVA; OLIVEIRA, 2006).

Muitas vezes a pessoa que é acometida por uma patologia incapacitante deseja permanecer útil na realização de suas atividades, temendo se tornar um fardo para a família e sociedade, o que pode causar a diminuição da sua autoestima por ser alvo da piedade dos que estão ao redor. Pode haver, também, um limite estabelecido pela família devido ao julgamento de que qualquer atividade pode ocasionar uma sobrecarregar a capacidade da pessoa com DAC. Porém, contrapondo-se a essa ideia, o desenvolvimento de atividades nesses casos pode servir de motivação para a realização do tratamento e reabilitação da doença cardíaca, estimulada pela busca da recuperação e o retorno àquelas atividades que lhes davam satisfação (NATIVIDADE, 2004; SOUZA, 2004).

O acometimento por uma doença crônica inspira mudanças no estilo de vida, incumbe a necessidade de um tratamento e submete a pessoa a possíveis internações hospitalares, como no caso da DAC. É possível perceber que a doença cardíaca interfere na vida social da pessoa devido às suas repercussões clínicas que resultam em uma gama de sinais e sintomas e restrições físicas (SOUZA, 2004). A presença de um processo patológico vem acompanhada de manifestações de que algo está errado, causando uma perturbação ao funcionamento do corpo e, conseqüentemente, às atividades cotidianas e de trabalho, impactando não só na sua estrutura biológica quanto na social (ROTOLI; COCCO, 2007).

5 | CONCLUSÃO

As mulheres referiram que as principais mudanças no cotidiano estavam relacionadas às atividades laborais e domésticas, traduzindo-se em sentimentos de inutilidade e frustração por não conseguirem realizar a maioria das atividades que realizavam antes de adquirirem a doença. A perda da autonomia imposta pela DAC trouxe às mulheres o estado de dependência, muitas vezes percebido como um sofrimento e por um sentimento de inutilidade.

A pesquisa proporcionou uma visão mais abrangente acerca das questões de gênero que permeiam a vida da mulher com DAC, desde a compreensão acerca do processo patológico e suas causas, assim como as mudanças nos hábitos e no cotidiano que essa condição impõe às mulheres do grupo estudado. Considerar a perspectiva das mulheres quanto às manifestações da DAC oferece uma nova oportunidade para planejar estratégias de promoção da saúde, com implicações na satisfação e utilização dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALFONSO, F.; BERMEJO, J.; SEGOVIA, J. Enfermedades cardiovasculares em la mujer: ¿por qué a hora?. **Rev.Esp. Cardiol.**, v. 59, n. 3, p. 259-263, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2011.
- BENITES, A. P. O.; BARBARINI, N. Histórias de Vida de Mulheres e Saúde da Família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicol. Soc.**, v. 21, n. 1, p. 16-24, 2009.
- BESSER, H. W.; SILVA, N. A. S.; OLIVEIRA, G. M. M. O. A epidemiologia clínica das doenças cardiovasculares incapacitantes do ponto de vista laborativo. **Rev. SOCERJ**, v. 19, n. 4, p. 318-25, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v.8).
- CORTES, L. F. et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 143-153, 2010.
- DIAS, G. et al. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 779-800, 2007.
- FAVARATO, M. E. C. S. **Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros**. 2004. 69 f. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil)- Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2004.
- FERNANDES, C. E. et al. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.91, n.1, p.1-23, 2008. Suplemento.
- GARCIA, R. P. et al. Caracterização das teses e dissertações de enfermagem acerca do infarto do miocárdio. **Saúde** (Santa Maria), v. 38, n. 2, p. 107-122, 2012.
- GODOY, M. F. et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 2, p. 200-206, fev. 2007.
- GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C. da; COELHO, E. de A. C. Vida de mulher e saúde: problematizando a realidade com profissionais do cuidado. **Online braz. J. nurs. (Online)**, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.712/200>>. Acesso em: 18 jun. 2014.
- HERAS, M. Cardiopatía isquémica em la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. **Rev. Esp. Cardiol.**, v. 59, n.4, p. 371-381, 2006.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Lat- Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459-66, 2010.
- LOCKYER, L. Women's interpretation of cardiac symptoms. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, Inglaterra, v. 7, n. 3, p. 161-162, Sep. 2008.
- LÚCIO, J. M. G. **Representações Sociais de adultos jovens que vivenciam a Doença**

Aterosclerótica Coronariana. 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MEDEIROS, S. L.; PADIAL, R. Doença arterial coronária no climatério e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 45-56, jan./abr. 2007.

MELGAREJO, E.; HIGUERA LEAL, S. A. Diferencias genótípicas y fenotípicas entre géneros: Cardiología de la Mujer; Genotypic and phenotypic differences between genders: cardiology for women. **Med. UIS**, v. 24, n. 3, p. 272-285, 2011.

MUSSI, F. C.; FERREIRA, S. L.; MENEZES, A. A. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm.USP**, v. 40, n. 2, p. 170-178, 2006.

MUSSI, F. C. et al. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n.3, p. 234-239, 2007.

MUSSI, F. C.; PEREIRA, A. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 80-87, 2010.

NATIVIDADE, M. S. L. **Os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com doença arterial coronariana.** 2004. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

NICOLAU, J. C. et al.. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 4, p. 89-131, out. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Preventing Chronic Diseases: a vital investments. Geneva: World Health organization, 2005.

PEDREIRA, C. S. **Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 8.: Corpo, Violência e Poder. Anais eletrônicos...Florianópolis: UFSC, 2008. p. 1-7. Disponível em:<http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Carolina_Souza_Pedreira_58.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

ROHLFS, I. et al. Género y cardiopatía isquêmica. **Gac. Sanit.**, v. 18, p.55-64, 2004. Suplemento.

ROSADO, A. P. N. et al. Administração dos diferentes domínios da vida: vivências e percepções das detentoras da guarda dos filhos. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 371-387, 2011.

ROTOLO, A.; COCCO, M. Doença e cultura: suas relações no processo de adoecer. **Rev. Enfermagem**. v. 2, n. 2 e n. 3, p. 11-22, 2007.

SANCHO CANTUS, D.; SOLANO RUIZ, M. del C. A cardiopatia isquêmica na mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1462-1469, dez. 2011.

SOUZA, R. H. S. **Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca.** 2004. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, 2004.

SOUZA, L. C. de. **Análise de situações de vida e trabalho de mulheres da área rural de Nova Friburgo-RJ.** 2008. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

TEDESCHI, L. A. Meu nome é “ajuda”. A vida cotidiana e as relações de poder, gênero e trabalho das mulheres trabalhadoras rurais na Região Noroeste do **Rio Grande do Sul.Rev. Contexto Educ.**, v. 19, n. 71-72, p. 45-64, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). Relatório de Atividades do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, São Luís, 2010.

DESAFIOS PARA A DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Maria Laís Costa Campo
Greyce Kelly Cruz de Sousa França
Paulo Guilherme Siqueira Rodrigues

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo discutir os desafios encontrados no processo judicial de indivíduos com transtorno mental que transgrediram a lei. Ao longo da pesquisa, apresenta-se dados relativos ao processo de desinstitucionalização do paciente judiciário, ressaltando a contribuição do psicólogo jurídico. O trabalho desse profissional é fundamental para assegurar a garantia dos direitos humanos e a efetivação das Políticas Públicas relacionadas ao indivíduo com transtorno mental. Os dados apresentados nesta pesquisa concentram-se na população de pacientes em tratamento em hospital psiquiátrico de referência da cidade de São Luís (MA).

PALAVRAS-CHAVE: psicologia jurídica, portador de transtorno mental, desinstitucionalização, políticas públicas

ABSTRACT: This article aims to discuss the challenges found in the judicial process of individuals with mental disorders who have transgressed the law. Throughout the survey, presents data on the process of de-institutionalisation of patient judiciary, highlighting the contribution of legal psychologist. The

work of this professional is essential to ensure human rights and guarantee the execution of public policies related to individual with mental disorder. The data presented in this study focuses on the patient population undergoing treatment in psychiatric hospital of reference of the city of São Luís (MA).

KEYWORDS: legal psychology, individuals with mental disorders, de-institutionalisation, public policies

1 | INTRODUÇÃO

A ideia de que o homem é um ser social remete à Antiguidade clássica tendo como seu representante primeiro o filósofo grego Aristóteles. Posteriormente outros filósofos, bem como teóricos sociais, e pensadores contemporâneos tem retomado a concepção da determinação social do sujeito. Sendo a sociedade, o conjunto de sujeitos, pode-se pensá-la a partir da existência de órgãos reguladores das práticas e condutas dos cidadãos dentro de um sistema organizado de direitos e deveres. Dentre esses órgãos temos a Justiça que, tanto assegura as garantias individuais e coletivas, de um lado, como pune os agentes que ferem as determinações da lei, de outro.

Prado (2006) concebe que, ao lado da ideia de vingança e castigo, contida nas penas, verifica-se uma dimensão punitiva de prevenção e de defesa de grupo, uma vez que, determinados indivíduos constituiriam ameaça permanente de cometer novas ações de delito. Para esses indivíduos, a repressão não bastaria, sendo necessária a disposição de mecanismos de prevenção individual da “delinquência”.

As distinções entre imputáveis e inimputáveis, nesse sentido, cedem lugar a periculosidade e essa passa a se constituir como fundamento e medida de atuação penal, como afirmaram Silva e Brandi (2013). Segundo esse entendimento, todos os “delinquentes” são perigosos (em maior ou menor grau) somente pelo fato de terem cometido um crime. Assim, a pena tradicional deixa de ser eficaz e a prevenção especial só será validada na condição de tratamento à pessoa delinqüente, com a finalidade de reintegrá-lo ao meio social. Nesse caso, ao invés do cumprimento de uma pena, opta-se pelo instituto jurídico de sanção penal, denominado Medida de Segurança.

Diante desse contexto, o presente artigo visa discutir alguns dos desafios atrelados ao processo judicial de indivíduos que infringiram a lei e padecem de sofrimento psíquico. Primeiramente, descrever-se-á brevemente os conceitos associados à Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001) e a sua relação com a aplicação das Medidas de Segurança no Sistema de Justiça. No segundo tópico ilustrar-se-á brevemente o percurso judicial dos portadores de transtorno mental (PTM's), apresentando as experiências de trabalho das autoras no estágio obrigatório em Psicologia Jurídica. Em seguida, apresentar-se-á dados quantitativos dos PTM's em conflito com a lei, disponibilizados pelo Tribunal de Justiça do Maranhão, discutindo propostas de mudança no quadro em que se configura o tratamento dessa categoria.

2 | MEDIDAS TERAPÊUTICAS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: IDEAL VERSUS REAL

A lei 10.216/2001, também conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, dispõe sobre a proteção dos direitos, bem como o tratamento do indivíduo doente mental, considerando a sua cidadania e a possibilidade de sua reinserção social. Essa lei objetiva garantir uma mudança nas relações com as pessoas com transtornos mentais, desconstruindo os estigmas de periculosidade e incapacidade, através de um tratamento de caráter mais humanizador (SEVERO, DIMENSTEIN, 2009).

Dal Poz *et al* (2012) concebe a lei 10.216/2001 como uma substituição do paradigma asilar para um paradigma comunitário. Em vista disso, tal lei prevê a mudança do modelo hospitalocêntrico para serviços substitutivos da rede de atenção psicossocial. Nessa conjuntura, a expansão dos leitos hospitalares, de acordo com essa lei, foi substituída por serviços de cuidados como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais-dia, as residências terapêuticas, dentre outros.

Apesar das tentativas inovadoras provenientes do movimento da reforma

psiquiátrica, ainda ocorrem práticas de exclusão no cenário da saúde mental. Pereira (2012) adverte que práticas de encarceramento do doente mental em conflito com a lei caracterizam-se como uma “asepsia social”, que assolam as conquistas dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.

A aplicabilidade da Lei Antimanicomial nos Hospitais de Custódia e Tratamento é dificultada por diversos fatores. De acordo com Pereira (2012), aquela que mais sobreleva a desarmonia entre a justiça criminal e os direitos humanos é a internação por tempo indeterminado. Além disso, o princípio de individualização da pena prevista na Lei de Execuções Penais (LEP) promove avaliações constantes dos indivíduos em medida de segurança, que acabam por contribuir para a rotulação do doente mental como “louco perigoso”.

Apartado do convívio social, os doentes mentais em conflito com a lei são esquecidos e não recebem tratamento adequado e, por vezes, recebem maus tratos (PEREIRA 2012). A autora ressalta que a questão do louco infrator é bastante polêmica, pois ainda se confunde os modelos jurídico-punitivos com o terapêutico. Como bem descrevem Brito e Almeida (2012), os portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei não foram ainda contemplados pela Reforma Psiquiátrica, permanecendo em modelo de atenção entre o hospital e a prisão.

Conforme Capuano-Villar (2007), o retrato dos hospitais de custódia é de parte dos internados ser composta por pacientes crônicos, em situação social de abandono familiar ou por extrema pobreza. Dentro da instituição de tratamento, os indivíduos perdem os seus referenciais, o seu distanciamento do mundo externo e o convívio com pessoas estranhas impõem a adaptação da pessoa institucionalizada à identidade do local e, desse modo, vivenciam o denominado processo de mortificação do eu, como descreveu Goffman (2010).

Brito e Almeida (2012) refletem ainda que a mudança do paradigma do tratamento ao louco infrator centrado no internamento/exclusãoe atrelado ao discurso da periculosidade não ocorrerá somente pela execução das leis. Ressalta-se que a superação de tal mudança depende também dos profissionais que atuam nesse campo (BERLINCK *et al*, 2008; BEZARRA JUNIOR, 2007).

3 | O PROCESSO DE DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

No Brasil, constata-se o esgotamento do modelo punitivo do sistema prisional, identificado como um modelo de encarceramento violento, realizado em condições degradantes, como afirmou Vettorazzi e Brito (2005). Desse modo, existem modalidades de penas alternativas, criadas com o intuito de superar essa deficiência do sistema carcerário, bem como sua falha em cumprir com o propósito de ressocialização dos indivíduos que, porventura, venham a passar por ele. Dentre as penas alternativas, a

Medida de Segurança é aquela adotada para os casos em que os indivíduos não tem a capacidade (total ou parcial) de responder judicialmente pelos seus atos.

A fim de compreender melhor no que consiste a Medida de Segurança, referencia-se Prado (2006), para o qual medidas de segurança são consequências jurídicas do delito, de caráter penal, orientadas por razões de prevenção especial. Consubstanciam-se na reação do ordenamento jurídico diante da periculosidade criminal, revelada pelo delinquente após a prática de um delito. Destaca-se que o objetivo primeiro da Medida de Segurança é impedir que a pessoa sobre a qual incide volte a delinquir, para que ela possa receber tratamento adequado, de forma a levar uma vida sem conflitos com a sociedade.

Brito e Almeida (2012) descreveram que a Medida de Segurança se aplica a indivíduos que cometeram crime e são portadores de transtorno mental. Esses autores também ressaltaram que a Medida de Segurança confere duas espécies: 1) internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e 2) tratamento ambulatorial. Essa medida, prevista pelo Código Penal brasileiro, possui um prazo mínimo de cumprimento de um a três anos e um prazo máximo não determinado, podendo perdurar enquanto não for verificada (através de perícia médica) a cessação de periculosidade.

O Código Penal, em seu artigo 97 § 2º estabelece que a perícia médica para verificação de cessação de periculosidade seja realizada ao fim do prazo mínimo fixado devendo ser repetida anualmente, ou a qualquer tempo por determinação judicial. Comprovada, mediante perícia a cessação da periculosidade, o juiz da execução determinará a revogação da medida de segurança, com a desinternação (na hipótese de internamento) ou liberação (em caso de tratamento ambulatorial), conforme Prado (2006, p. 698).

Contudo, o momento de desinternação não ocorre de forma tão linear como apresentado na teoria. Muitos são os percalços para que esse processo se efetive de maneira adequada no cenário da Saúde Mental no Maranhão. Na prática, para que o paciente seja liberado da instituição psiquiátrica ou de tratamento ambulatorial em que se encontra, faz-se necessária a determinação judicial. Nesse processo, para que o juiz conceda a determinação, cabe à equipe do Núcleo de Perícias do hospital de custódia, elaborar a Proposta de Plano de Alta do paciente. Tal proposta decorre da realização de perícia que culminará na elaboração de laudo, atestando se o paciente encontra-se em condições de ser liberado (PRADO, 2006). Nesse processo, cabe ao psicólogo jurídico solicitar ao Núcleo de Perícias a Proposta de Plano de Alta e subsidiar a sua realização.

A grande discussão em relação à elaboração do laudo para desinternação do paciente ocorre em torno do conceito de periculosidade. O juiz considera (em sua tomada de decisão) o valor da avaliação pericial do paciente psiquiátrico, atestando a cessação de sua periculosidade. No entanto, não há como garantir que um indivíduo que apresentou comportamentos delituosos, não venha a cometer os mesmos ou outros comportamentos de infração legal.

Algumas questões são pontuadas nesse contexto, como por exemplo: Caso esse paciente venha a reincidir no crime, de quem é a responsabilidade? Dele mesmo? Da sociedade? Do perito? Do psiquiatra? Do juiz? Do psicólogo? Tais questionamentos não podem ser ignorados.

No caso da concessão de um laudo (conforme os moldes acima mencionados) e da determinação judicial decidindo pela desinternação, como as instituições devem proceder? Na tentativa de solucionar essa questão, elaborou-se a Proposta de Trabalho para Regularização das Medidas Terapêuticas¹. Essa proposta, como o próprio nome sugere, visa regularizar o processo descrito, encaminhando e tomando as medidas cabíveis para efetivar a organização da situação jurídica de pacientes com transtornos mentais. Como atividades realizadas para contribuir à proposta de regularização destacam-se a realização de visitas domiciliares (para verificar o contexto familiar); verificação das condições do entorno social (se oferece suporte para atendimento desse paciente).

É importante ressaltar que este trabalho concentra-se em um recorte (dentro as várias etapas do projeto realizado). As análises centram-se no processo de desinternação de portadores de transtorno mental em conflito com a lei que se encontravam cumprindo medida de segurança em regime de internação no Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues na cidade de São Luís do Maranhão.

4 | METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada em moldes de pesquisa documental. A coleta de dados foi realizada em instituições do Poder Judiciário e do Poder Executivo, bem como nos sistemas de saúde municipais e estaduais. Para atingir o objetivo da coleta de dados, foram realizadas visitas ao Hospital de Referência em Saúde Mental (Hospital Nina Rodrigues) a fim de obter dados sobre a condição dos pacientes judiciários junto aos serviços de enfermagem e direção clínica. Também foram realizadas visitas às Unidades Prisionais de São Luís para o levantamento de dados de portadores de transtorno mental (PTM's). Além disso, a coleta de dados contemplou a busca de informações nos sistemas (JurisConsult, VEP CNJ e SIISP – SEJAP).

As etapas descritas acima foram observadas durante a participação das autoras deste trabalho na efetivação da Proposta de Regularização das Medidas Terapêuticas. As atividades foram realizadas durante o estágio curricular obrigatório em Psicologia Jurídica pela Universidade Federal do Maranhão no período de setembro 2014 a fevereiro 2015. O estágio foi cumprido inicialmente na 2ª Vara de Execuções Penais de São Luís – 2ª VEP (setembro a dezembro 2014) e, posteriormente, na Unidade de Monitoramento Carcerário - UMF (janeiro e fevereiro 2015).

Os dados apresentados terão por objetivo ilustrar a discussão dos percalços

¹ Projeto realizado em parceria da Unidade de Monitoramento Carcerário (UMF) com a 2ª Vara de Execuções Penais (2ª VEP).

enfrentados durante esse processo, destacando a importância do psicólogo jurídico nesse contexto. A publicação dos dados obtidos durante a pesquisa foi autorizada pelo Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA).

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando as etapas para a regularização da situação de portadores de transtorno mental em conflito com a lei, destaca-se a realização das perícias como desencadeadora do processo de desinternação. Em levantamento realizado pelo Núcleo de Perícias Psiquiátricas do Hospital Nina Rodrigues, durante o ano de 2014, indica-se que a partir do quantitativo de 492 perícias agendadas, apenas 255 foram realizadas, ocasionando um percentual de 52% de efetividade na realização de perícias, como pode ser observado nas figuras 1 e 2:

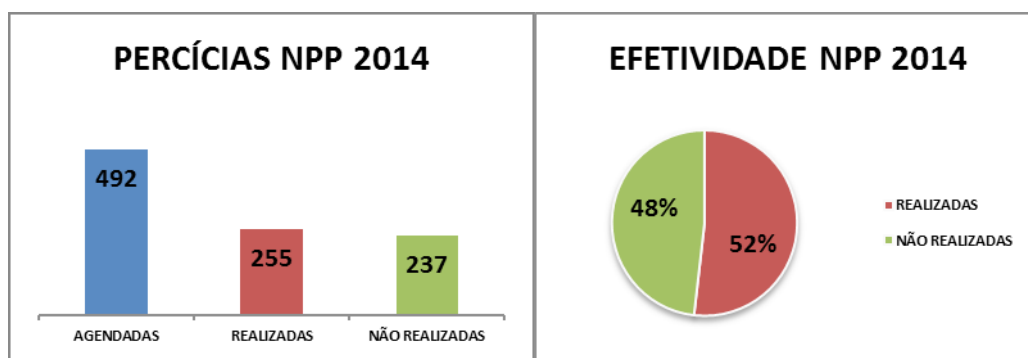


Figura 1

Figura 2

Fonte dos dados: Núcleo de Perícias Psiquiátricas do Hospital Nina Rodrigues, fornecidas em janeiro de 2015.

Esses dados apontam para um baixo quantitativo de perícias realizadas e para a necessidade de reflexão acerca dos motivos que levam a sua não realização, uma vez que é imprescindível a realização dessas para dar andamento ao processo de desinternação dos pacientes judiciários. Acrescenta-se que as perícias são necessárias especificamente à elaboração do laudo que será encaminhado ao juiz.

Ressalta-se que a elaboração desses laudos deve ser realizada por profissionais competentes e abarcar aspectos do cotidiano desses pacientes nas instituições de tratamento. Apesar de a Lei de Execuções Penais (LEP) assegurar o princípio da individualização da pena e acompanhamento do tratamento em um hospital de custódia, o que ocorre na prática é uma padronização no tratamento dos indivíduos. Goffman (2010) alertava para o caráter de rotina das instituições totais, que acarretava na pouca diferenciação dos relatos diários do cotidiano dos indivíduos institucionalizados.

Ademais, os dados disponibilizados demonstram que há uma dificuldade de diálogo entre a saúde e o poder judiciário. Na figura 3 é possível perceber que, parte significativa dos laudos elaborados deixa de ser comunicada ao juiz:

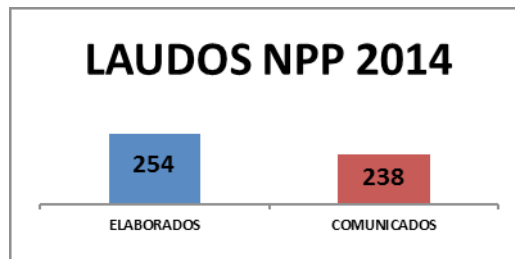


Figura 3

Fonte dos dados: Núcleo de Perícias Psiquiátricas do Hospital Nina Rodrigues, fornecidas em janeiro de 2015.

A ineficiente rede de comunicação entre os juízes e os médicos dos Hospitais de Custódia, ocorre tanto pelo distanciamento das searas de saberes desses profissionais, como pelo desconhecimento da necessidade de o estabelecimento de um diálogo. A comunicação se torna mais difícil quando se tenta aplicar a lei pela lei, negligenciando outros aspectos de importância capital que envolvem um indivíduo com transtorno mental.

Observa-se na figura 3 que dos 254 laudos elaborados, apenas 238 foram devidamente comunicados. A falta de efetividade da comunicação de laudo ao juiz contribui para a permanência dos pacientes nas instituições em que se encontram, o que se contrapõe à política antimanicomial, preconizada pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Esses dados demonstram que a cronificação dos pacientes psiquiátricos em conflito com a lei está atrelada não somente a estigmatização e exclusão, mas também a questões burocráticas relacionadas à aplicabilidade da Lei de Execuções Penais.

Através de dados fornecidos pela Secretaria do Estado de Administração Penitenciária (SEJAP), os portadores de transtorno mental no Estado estão distribuídos nas seguintes instituições: de saúde e prisionais (do interior e da capital). Ver figura 4.

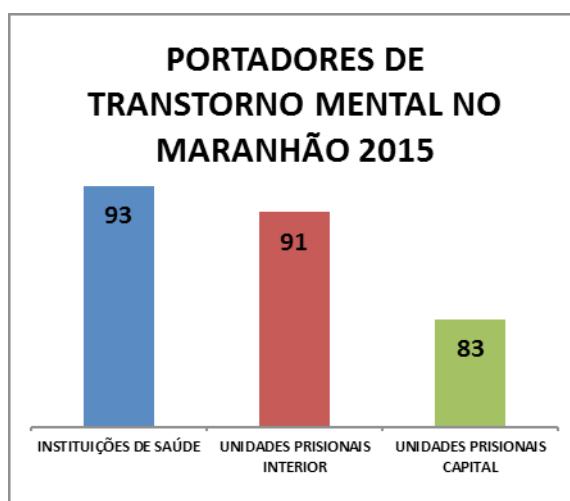


Figura 4

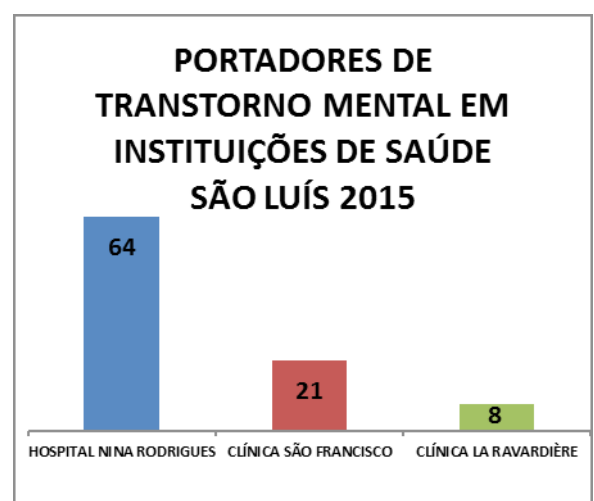


Figura 5

Fonte dos dados: Secretaria do Estado de Administração Penitenciária (SEJAP), fornecidas em março de 2015.

Dentre as instituições de Saúde apontadas na figura 5, enfoca-se as três principais

localizadas na capital do Estado e que atendem a essa população, a saber: Hospital Nina Rodrigues, Clínica São Francisco e Clínica La Ravardière. A figura 5 demonstra que maior parte da população de portadores de transtorno mental, encontra-se em tratamento no Hospital Nina Rodrigues.

Para efetivar o Projeto de Regularização das Medidas Terapêuticas, optou-se por iniciar os trabalhos pelo Hospital Nina Rodrigues, haja vista ser esse o hospital psiquiátrico de referência no Estado e pelo contingente de pacientes judiciários nessa unidade. Conforme o levantamento realizado em janeiro de 2015 pela direção do referido hospital, verificou-se que dentre os 64 pacientes internados, 24 deles, encontravam-se em condição de alta, no entanto permaneciam hospitalizados.

Como forma de solucionar tal problemática, a Unidade de Monitoramento, Fiscalização, Aperfeiçoamento do Sistema Carcerário (UMF) tem tomado medidas, junto aos demais órgãos competentes, visando assegurar o processo de desinternação. A equipe de Saúde Mental (composta por um psicólogo e estagiárias em psicologia) tem como função verificar as condições de alta dos pacientes junto a família, a equipe hospitalar e os órgãos competentes da Rede de Saúde e do Sistema de Justiça do Estado.

Embora haja uma equipe engajada para solucionar essa questão, muitos empecilhos são apresentados à concretização do processo de desinstitucionalização dessa categoria de indivíduos, assim chamados portadores de transtorno mental. Através das visitas domiciliares constatou-se que geralmente os familiares não desejam se responsabilizar pelos cuidados com o paciente. Como outro fator de obstáculo a esse problema, cita-se a ausência de uma rede estruturada e fortalecida de serviços de assistência psicossocial que possa oferecer condições para que o paciente psiquiátrico continue o seu tratamento fora do Hospital de Custódia.

Além desses fatores estruturais da Rede de Saúde e do estigma e preconceito que impossibilita a reintegração social do paciente psiquiátrico, algumas questões burocráticas acabam por solapar esse processo. No que concerne, a situação dos 24 pacientes judiciários que se encontram em condição de alta no Hospital Nina Rodrigues, concebe-se que: 15 deles possuem guia de internação sendo que apenas 9 destas estão totalmente regularizadas. Ver figura 6.

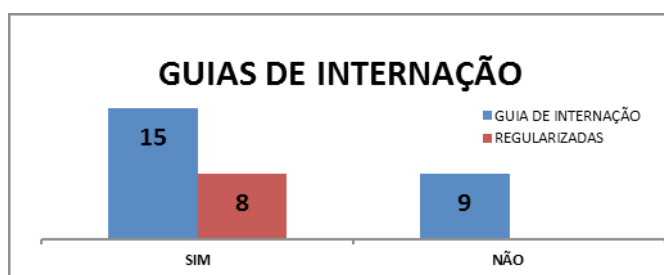


Figura 6

Fonte Dos Dados: Hospital Nina Rodrigues, Fornecidas Em Janeiro De 2015.

Esses dados apresentados na Figura 6 demonstram que a maior parte dos pacientes está com pendências na documentação, o que dificulta ainda mais o processo da desinternação. No tocante a essa problemática, ressalta-se a relevância do diálogo entre a Ciência Jurídica e as demais áreas da Saúde Mental. Nesse processo, destaca-se o papel do psicólogo jurídico na mediação entre os órgãos do Sistema de Justiça e entre a Rede de Saúde.

O psicólogo inserido na área jurídica possui os conhecimentos relevantes para auxiliar na tomada de decisões dos magistrados e da equipe de saúde mental dos hospitais de custódia. As suas competências estão relacionadas com a demonstração da importância de aspectos relevantes ao processo diagnóstico e ao tratamento dos pacientes psiquiátricos em conflito com a lei. Tais contribuições auxiliarão nos trâmites jurídicos, desde a internação ao processo de desinternação dos pacientes.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou demonstrar os percalços e desafios presentes no processo de regularização da situação judicial de portadores de transtorno mental em conflito com a lei. Para além do que sugere a teoria, esse processo não ocorre de forma linear, tampouco se faz sem esforço, mas, na articulação de um trabalho conjunto de agentes comprometidos tanto pelo resguardo da lei (de um lado) como pela ética e cidadania (de outro).

Nesse contexto, ressalta-se o papel do psicólogo jurídico como o profissional que tenta assegurar que os direitos humanos em relação a esses indivíduos sejam resguardados, bem como colaborar com a construção de políticas públicas e ampliação das já existentes e subsidiar as decisões tomadas no âmbito burocrático para que as etapas do processo de regularização se efetivem.

Demonstra-se os entraves e dificuldades presentes em diversos momentos da realização do trabalho com os portadores de transtorno mental e as medidas que vem sendo tomadas para superar tais obstáculos. No entanto, os resultados só serão realmente percebidos a longo prazo.

Os dados utilizados durante a pesquisa apontam para a necessidade de reflexão em torno das práticas executadas no interior das instituições que prestam serviços na área de saúde mental. Acredita-se que tal reflexão possa contribuir para o aprimoramento da prática profissional e da prestação de serviço em Saúde Mental no Estado. Ademais, o diálogo entre as instituições envolvidas nesse processo mostra-se fundamental, pois se a interlocução de saberes e práticas, não levar à perfeição, deve, pelo menos, chegar o mais perto disso possível.

REFERÊNCIAS

- BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 11, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de janeiro de 2015.
- BEZARRA JUNIOR, B.. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de janeiro de 2015.
- BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 de janeiro de 2015.
- BRITO; D. C de; ALMEIDA, M. A. B de. Os saberes, o crime e a loucura: um enfoque da psicologia política. In: _____. **Psicologia Política: debates e embates de um campo interdisciplinar**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. EACH/USP, 2012
- CAPUANO-VILLAR, M. C. P. O doente mental infrator, o manicômio e a responsabilidade penal. **Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. v. 1, n. 20, jan - jun. 2007.
- CRUZ, R. M.; MACIEL, S. K. & RAMIREZ, D. C. (org.). **O trabalho do psicólogo no campo jurídico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- DAL POZ, M. R; LIMA, J.C.de S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de janeiro de 2015.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- PEREIRA, S. C. D. de. Reforma Psiquiátrica versus Sistema de Justiça Criminal: a luta pela efetividade dos direitos humanos ao louco infrator. *Revista de estudos jurídicos da UNESP*. v.16, n. 23, 2012. Disponível em: <<http://seer.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/article/view/416>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2015.
- PRADO, L. R. **Curso de direito penal brasileiro, volume 1**: parte geral, arts. 1º a 120. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006, p. 685-718.
- SEVERO, A. K. de S.; DIMENSTEIN, M.. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 14, n. 1. abri .2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de janeiro de 2015.
- SILVA, E. Q. & BRANDI, C. Q. A. C. S. **Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?** interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. Brasília, 2013.
- VETTORAZZI, M. S; BRITO, M. A de. Reinserção social de egressos do sistema prisional. In: _____. CRUZ, R. M; MACIEL, S. K; RAMIREZ, D. C. (Orgs.). **O trabalho do psicólogo no campo jurídico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 235-258.

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA 2009 A 2014: INSTRUMENTO DE AUXÍLIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE¹

Francilene Jane Rodrigues Pereira

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

Cesar Cavalcanti da Silva

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

Eufrásio de Andrade Lima Neto

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

RESUMO: Objetiva-se analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica na região Nordeste do país por meio de estudo ecológico quantitativo utilizando dados secundários do DATASUS de 2009 a 2014 das cidades com mais de 100.000 habitantes. Registrou-se mais de duzentas mil internações em cada ano, com redução entre o início e fim. Entre os grupos de patologias prevalentes, destacaram-se Pneumonias, Gastroenterites, Insuficiência Cardíaca e Doenças Cerebrovasculares, com importante incremento destas últimas. Esse cenário poderá servir de embasamento para os gestores no sentido de subsidiarem propostas de ações de saúde na região.

¹ Artigo extraído da Tese intitulada “Atos e ações de saúde ofertadas nas Unidades da Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma contribuição para o estudo da referência e contra referência na Atenção Básica do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e apresentado nos Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís-MA (2015).

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção Primária. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas em Saúde. Políticas Públicas de Saúde

ABSTRACT: The objective is to analyze the hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions in the Northeast region through quantitative ecological study using DATASUS secondary data from 2009 to 2014 the cities with over 100,000 inhabitants. It was recorded more than two hundred thousand hospitalizations each year with a reduction between the beginning and end. Among the groups of prevalent pathologies had highlighted pneumonia, gastroenteritis, heart failure and cerebrovascular diseases with significant increase of the latter. This scenario could serve as a basis for the managers to subsidize proposals for health activities in the region.

KEYWORDS: Primary Prevention; Primary Health Care; Health Public Policy

1 | INTRODUÇÃO

A trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação em 1986 até os dias

atuais tem sido marcada por uma série de desafios, no entanto, a consolidação da Atenção Básica (AB) em seu pilar elementar, que é a garantia do acesso da população aos serviços de saúde, ainda tem sido uma das problemáticas mais recorrentes desse sistema. Ressalta-se que, além de ser eixo estruturante da AB, trata-se também de um artigo assegurado na Constituição de 1988, onde “a saúde é direito de todos e dever do Estado, [...] de acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196; BRASIL, 1988).

Nas décadas anteriores à criação do SUS destacaram-se modelos de atenção à saúde autoritários e verticalizados: no início dos anos de 1990, o Modelo Sanitarista Campanhista realizava campanhas contra as epidemias da época de maneira repressiva sobre indivíduos e sociedade; a partir dos anos de 1920, o Modelo Médico-Assistencial Privatista instaurou programas com objetivo único de manter a capacidade produtiva dos trabalhadores para o mercado de trabalho, além de instalar o modelo flexneriano, centrado no hospital, nas especialidades e nas tecnologias voltadas para assistência à doença. Esse modelo hospitalocêntrico domina o mercado de saúde até os dias atuais (SILVA JR, ALVES, 2007; MERHY, MALTA, SANTOS, 2012).

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) surge no Brasil a partir da década de 1970 com o Projeto de Reforma Sanitária como uma proposta de democratização política estratégica para levar assistência à população subsidiando a implantação do SUS (SILVA JR, ALVES, 2007), apresentando um novo modelo de atenção à saúde: o Programa Saúde da Família, com objetivo de expandir a cobertura da atenção básica (TEIXEIRA, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída pela portaria GM/MS n.º 648, de 28/03/2006, reafirmando os princípios gerais para a Atenção Básica e a Saúde da Família como estratégia de modelo de atenção. Segundo a PNAB, a Atenção Básica define-se como “um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10).

Porém em situações em que a Atenção Básica não previne e/ou sana patologias por ações que são de sua competência, inverte-se a situação: onde ao invés do sistema encaminhar o usuário para o atendimento de suas necessidades, o próprio usuário busca serviços terciários de atenção à saúde e a demanda por internações hospitalares aumenta, sobrecarregando o sistema e criando despesas evitáveis devido as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP).

A primeira lista de ICSAP brasileira foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde com a colaboração de especialistas e publicada em 2008, através da Portaria nº 221, de 17 de abril (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE et al, 2009). Esta lista compõe-se de vinte grupos de patologias.

Nesse ínterim, altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, representando um sinal de alerta para análise e busca de explicações

para tais ocorrências, muitas vezes associadas à deficiência na cobertura dos serviços ou baixa resolutividade da atenção primária para algumas patologias (ALFRADIQUE et al, 2009; PEREIRA et al 2014).

Nesse aspecto, o olhar desse estudo será direcionado ao Nordeste brasileiro, região que possui o maior quantitativo de estados do País: Maranhão, Piauí, Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe e apresenta, em comparação com as regiões do país, menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, além de maiores taxas de analfabetismo, menores coberturas de esgotamento sanitário e maiores taxas de mortalidade infantil, variáveis importantes na ocorrência de maiores taxas de ICSAP (MOURA et al, 2010). Além do mais, em relação à utilização dos serviços de saúde, essa região apresenta-se como aquela com menores números médios de consulta e maiores dificuldades de acesso (ANDRADE et al, 2011).

Nesse sentido, o presente estudo se propõe a analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica na região Nordeste do país entre os anos de 2009 a 2014.

2 | METODOLOGIA

Estudo exploratório, epidemiológico, inferencial e ecológico de natureza quantitativa, utilizando dados secundários do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalar (SIH-SUS), referente às ICSAP das cidades da Região Nordeste do Brasil com população de mais de 100.000 habitantes entre os anos de 2009 a 2014, disponível em www2.datasus.gov.br, coletados por cidades por meio do software TabWin 32, transferidos para o Excel e tabulados segundo os dados brutos e também em taxas [Tx=(dados brutos/população das cidades com mais de 100 mil habitantes) x 10.000].

A seleção das cidades com mais de 100 mil habitantes foi realizada a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010) e das Estimativas do próprio Censo para os anos que não acontecem recenseamento (2009 e 2011 a 2014), resultando em: 2009 (55 cidades e população de 21.243.494 habitantes); 2010 (58 cidades e 21.192.355 habitantes); 2011 (59 cidades e 21.510.124 habitantes); 2012 (59 cidades e 21.722.397 habitantes); 2013 (61 cidades e 22.738.972 habitantes) e 2014 (61 cidades e 22.947.490 habitantes) (BRASIL, 2009-2014).

Seguindo os preceitos éticos relacionados às pesquisas demandados pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução No 196/96, revogada e substituída pela Resolução No 466 de 12/12/2012 (BRASIL, 2012), o presente estudo obteve aprovação para execução pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob Protocolo nº 696/13 e CAAE: 25550013.0.0000.5188, em sessão realizada em 27 de fevereiro de 2014.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A região Nordeste compõe-se de nove estados e todos eles estiveram representados no estudo através de suas cidades com mais de 100 mil habitantes. Observa-se que, entre os anos de 2009 a 2011, a quantidade absoluta de ICSAP mantém-se estável, exibindo leve aumento em 2010 e leve declínio em 2011, porém entre 2012 e 2014 a curva exibe queda (2012 e 2014) e ascensões mais expressivas (2013) (Figura 1).

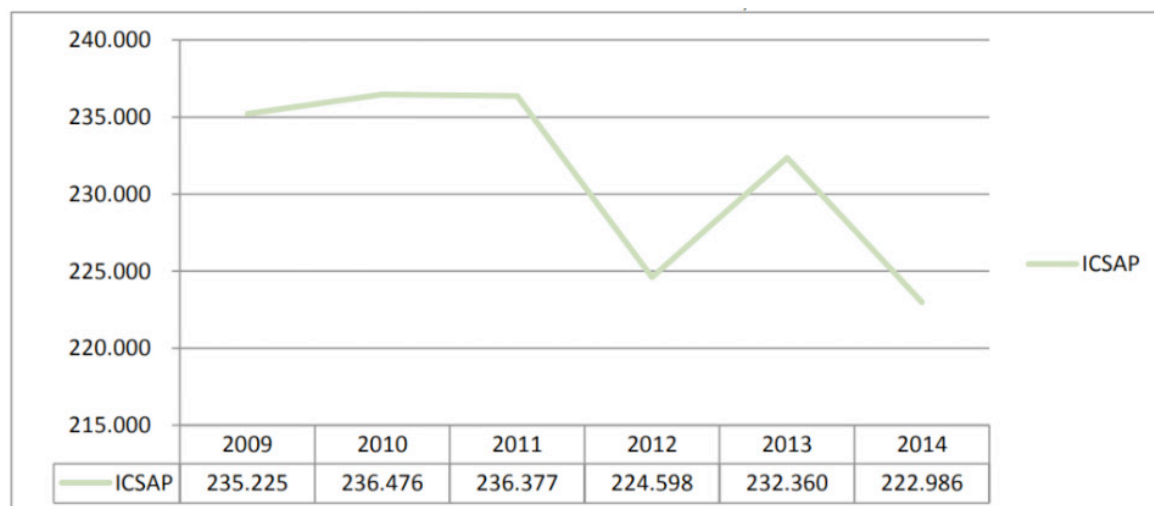


Figura 1 - Evolução dos valores absolutos de ICSAP na Região Nordeste para todas as idades nas cidades com mais de 100 mil habitantes – Brasil, 2009 a 2014.

Com relação às patologias mais prevalentes, observam-se padrões diferentes entre os períodos de 2009 a 2013 e o ano de 2014. No primeiro período, os maiores percentuais são representados pelos grupos das Pneumonias, variando de 19,98% (2012) a 21,46% (2009), seguida das Gastroenterites, 11,61% (2013) a 17,82% (2009) e Insuficiência Cardíaca 8,97% (2010) a 10,15% (2012). Em 2014, as Pneumonias mantêm o maior percentual, seguido das Doenças Cerebrovasculares (10,89%) e das Gastroenterites (9,59%). Com menores valores percentuais, para todo o período, têm-se as Doenças preveníveis por imunização, as Anemias e as Infecções de Vias Aéreas Superiores (Quadro 1).

Estudo realizado entre 2005 e 2009, no estado do Espírito Santo também apresentou como grupos de ICSAP prevalentes, as Gastroenterites, seguida de Pneumonias e Insuficiência Cardíaca (PAZÓ et al, 2012). O primeiro e terceiro grupo também foi responsável pelos maiores números de ICSAP em estudo realizado entre 1998 e 2009 nas diferentes Unidades Federativas do Brasil (BOING et al, 2012). Gastroenterites e Pneumonias também estiveram prevalentes em menores de 20 anos entre os anos de 1999 e 2006 (MOURA et al, 2010).

Sobre os grupos que apresentaram os menores percentuais de representação nas ICSAP, direcionado a eles, políticas públicas de saúde estiveram e estão implementadas no território brasileiro com fins de reduzir seus números no país, a

exemplo do Programa Nacional de Imunização e Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) brasileiro, instituído em 1973, tem sido um dos mais bem-sucedidos programas de saúde pública mundiais, demonstrando alta cobertura populacional e sustentabilidade com autossuficiência na produção de vacinas fornecidas ao SUS (PAIM 2011). O PNI tem apresentado uma das mais elevadas taxas de cobertura vacinal mundial sem utilização de estratégias coercitivas. Todas as vacinas são disponibilizadas aos indivíduos fornecidas em cerca de 30.000 unidades de saúde e 100.000 postos de vacinação temporários nas campanhas nacionais de vacinação. Os calendários de vacinação disponibilizam de BCG; poliomielite, sarampo, parotidite e rubéola; difteria, coqueluche, tétano (DPT), além de *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib); hepatite B; febre amarela; rotavírus; 10-valente pneumococos; e vacinas meningocócica C conjugada (BARRETO et al, 2012). Nos últimos anos, o SUS lançou uma campanha nacional contra o HPV.

Esse cenário contribui para o controle de patologias imunopreveníveis, posto que, dados de 1980 a 2007 identificaram a redução de 81% do número de mortes por tétano, 95% de mortes por coqueluche e nenhum caso foi registrado por difteria, poliomielite (eliminada desde 1990) e sarampo (BARRETO et al, 2012).

Sobre os baixos valores das anemias por deficiência de ferro, vale destacar a atuação a partir de 2005, por intermédio da Portaria nº 730, de 13 de maio, do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) com o objetivo de prevenir a anemia ferropriva mediante a suplementação universal de crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana gestacional e mulheres até o 3º mês pós-parto e orientações de alimentação saudável e importância do consumo de alimentos ricos em ferro, com foco nas informações sobre alimentos facilitadores ou dificultadores da absorção do ferro, com vistas à prevenção da anemia por deficiência de ferro (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	%	Tx	%	Tx	%	Tx	%	Tx	%	Tx	%	Tx
G1 – Prev. Imunização	0,32	0,35	0,32	0,35	0,30	0,33	0,33	0,34	0,40	0,41	0,74	0,72
G2 – Cond. evitáveis	1,81	2,01	2,06	2,29	2,06	2,27	2,26	2,33	2,11	2,15	1,69	1,65
G3 – Gastroenterites	17,82	19,73	17,79	19,86	13,89	15,26	12,92	13,36	11,61	11,87	9,59	9,32
G4 – Anemia	0,84	0,93	0,69	0,77	0,65	0,71	0,61	0,63	0,49	0,50	0,43	0,42
G5 – Def. Nutricionais	1,54	1,71	1,58	1,76	1,62	1,78	1,63	1,69	1,40	1,43	1,19	1,15
G6 - Infecções VAS	0,63	0,69	0,73	0,81	0,74	0,82	0,72	0,75	0,69	0,71	0,78	0,76
G7 – Pneumonias	21,46	23,76	20,15	22,49	21,33	23,44	19,98	20,65	21,17	21,63	21,10	20,50
G8 – Asma	8,34	9,24	7,76	8,66	7,37	8,10	6,47	6,69	5,61	5,74	5,44	5,29
G9 - Doenças Pulmonares	5,64	6,25	5,20	5,80	5,59	6,14	5,56	5,75	6,03	6,16	5,42	5,26
G10 – Hipertensão	3,13	3,46	2,88	3,22	2,67	2,94	2,67	2,76	2,35	2,40	2,65	2,57
G11 – Angina	3,21	3,56	3,59	4,00	3,43	3,77	4,17	4,31	4,40	4,49	4,53	4,40
G12 - Insuficiência Cardíaca	9,29	10,29	8,97	10,01	9,68	10,64	10,15	10,49	9,35	9,55	9,22	8,96
G13 - DCV	6,29	6,96	6,68	7,45	7,47	8,20	8,56	8,85	10,31	10,53	10,89	10,59
G14 - Diabetes Mellitus	4,94	5,47	5,45	6,09	5,71	6,27	5,39	5,58	5,06	5,17	5,22	5,07
G15 – Epilepsias	1,40	1,55	1,56	1,74	1,70	1,87	1,69	1,74	1,92	1,96	2,06	2,00
G16 - Infecções urinárias	5,59	6,19	5,98	6,68	5,73	6,29	6,33	6,55	6,45	6,59	6,84	6,65
G17 - Infec pele e subc	3,16	3,50	3,62	4,03	4,46	4,90	4,30	4,44	4,39	4,48	5,13	4,98
G18 – Infl. de órgãos pélvicos	1,17	1,30	1,28	1,43	1,20	1,32	1,37	1,41	1,24	1,26	1,19	1,16
G19 - Úlcera gastrointestinal	2,21	2,45	2,28	2,55	2,86	3,15	3,10	3,21	3,06	3,13	3,55	3,45
G20 – Rel. pré-natal e parto	1,20	1,33	1,44	1,61	1,54	1,69	1,81	1,87	1,96	2,01	2,33	2,26
ICSAP		110,7		111,6		109,9		103,4		102,2		97,2

Quadro 1 - Evolução dos valores percentuais e taxas por 10.000 habitantes dos Grupos de ICSAP na Região Nordeste para todas as idades nas cidades com mais de 100 mil habitantes – Brasil, 2009 a 2014.

Sobre as taxas de ICSAP, de que se tratam os valores padronizados para a população em cada ano do estudo, verifica-se leve ascendência apenas em 2010 com relação a 2009 e declínio nas taxas nos demais anos até 2014 (Quadro 1).

As taxas de alguns grupos merecem atenção pelo acréscimo ao longo dos anos, caracterizando motivo de atenção dos gestores na implementação de políticas públicas de saúde que minimizem esses avanços. Houve aumento nas taxas de Doenças preveníveis por Imunização, Epilepsia, Infecções da pele e tecido subcutâneo, Úlcera Gastrointestinal e Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, porém merece destaque a Angina (3,56/10.000 habitantes para 4,40/10.000 habitantes) e Doenças Cerebrovasculares (DCV) que passaram de 6,96/10.000 mil habitantes em 2009 para 10,59/10.000 habitantes em 2014.

As Doenças cardiovasculares (DCV) como a Insuficiência Cardíaca e as Doenças Cerebrovasculares, vieram ocupando as segundas e as terceiras maiores taxas no Nordeste brasileiro entre os anos de 2009 e 2014, e esta última com aumento expressivo ao longo dos anos.

Esses grupos de patologias merecem destaque em virtude de serem caracterizadas, mundialmente, pelas maiores causas de morbi-mortalidade e invalidez, e além de acometerem um grande número de pessoas, também representam elevados custos

sociais e econômicos. Os gastos com medicamentos, internações e atenção de alta complexidade possuem impacto significativo no orçamento dos órgãos financiadores da saúde. Em 2007, registrou-se 1.157.509 internações por DCV no SUS (10,22% do total do país) com a Insuficiência Cardíaca como principal causa. Comparando com os custos, em novembro de 2009, foram registradas 91.970 internações, totalizando um custo de R\$165.461.644,33, segundo o Ministério da Saúde (DATASUS). Outro agravante relacionado às DVC também merece destaque: a doença renal terminal ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e respondeu por 9.486 óbitos, em 2007 (BOCCHI et al, 2012; PEREIRA et al, 2013).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde através dos atos e ações veiculados pela Estratégia de Saúde da Família, possui a missão reorientadora do SUS e o indicador de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária possui potencial para avaliar a efetividade desses serviços, pois permite avaliar o desempenho da porta de entrada do sistema e identificar ações que deveriam ser prioritárias para cada região, servindo como instrumento de auxílio à tomada de decisão e fundamentando a elaboração de ações e políticas públicas de saúde eficazes às necessidades da população (DIENINGER et al, 2014).

4 | CONCLUSÃO

Verificou-se, nas cidades com mais de 100.000 habitantes da região Nordeste do país, entre os anos de 2009 a 2014, mais de duzentas mil Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) por ano de estudo, com redução entre o período inicial e final em destaque. Em relação aos grupos de patologias prevalentes, destacaram-se as Pneumonias, Gastroenterites, Insuficiência Cardíaca e Doenças Cerebrovasculares, porém merece olhar criterioso, o incremento apresentado pelas DCV.

No horizonte imediato, esse cenário poderá servir de embasamento para os gestores no sentido de subsidiarem propostas de ações de saúde na região com fins de reduzirem as taxas por essas patologias, além de fornecer aos pesquisadores desta área, panorama para aprofundamento das problemáticas que incitam a ocorrência das ICSAP.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E; BONOLO, P.F; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S.; OLIVEIRA, V.B.; SAMPAIO, L.F.R.; SIMONI, C.; TURCI, M.A. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP - Brasil). Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.25; n.6. p. 1337-1349, jun, 2009.

ANDRADE, M.V., NORONHA, K.V.M.S., MENEZES, R.M., SOUZA, M.N., REIS, C.B, MARTINS, D.R.,

GOMES, L.. **Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008**. Belo Horizonte: UFMG; CEDEPLAR, 2011.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. **Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526. 2012.

BOCCHI, E.A., MARCONDES-BRAGA, F.G., BACAL, F., FERRAZ, A.S., ALBUQUERQUE, D., RODRIGUES, D., et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012**. Arq Bras Cardiol.; v. 98, n. 1 supl. 1, p.1- 33. 2012.

BRASIL, **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 292 p. 1988.

BRASIL. PORTARIA Nº 730/GM Em 13 de maio de 2005. **Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências**. 2005 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 28p. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 648 de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção À Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008. **Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Diário Oficial da União. p.70. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Revoga Resolução nº 196/96. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BR)**. Diretoria de Pesquisas: Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/> Acessado em 30 de janeiro de 2015.

DEININGER, L.S.C., SILVA, C.C., LUCENA, K.D.T., PEREIRA, F.J.R., LIMA-NETO, E.A. **Hospitalizations Caused by Primary Care-sensitive conditions: an integrative review**. Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 9, n. 1, p. 228-36, jan 2015.

MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. **Desafios para os gestores do SUUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão**. 29p. 2002.

MOURA, B.L.A., CUNHA, R.C., AQUINO, R., MEDINA, MG. MOTA, E.L.A., MACINKO, J., DOURADO, I. **Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, Recife, v. 10, n. supl. 1, p. s83-s91, 2010.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet Série Saúde no Brasil, n.1, p. 11–31. 2011.

PAZO, R.G., FRAUCHES, D.O., GALVÊAS, D.P., STEFENONI, A.V., CAVALCANTE, E.L.B., PEREIRA-SILVA, F.H. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009.** Epidemiol. Serv. Saúde; v. 21. n. 2, p. 275-282. 2012.

PEREIRA, F.J.R, SILVA, C.C., LIMA-NETO, E.A. **Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira.** Saúde em Debate v.38, n. especial, p 331-342, out 2014.

PEREIRA, F.J.R., BEZERRA, A.A., MARQUES, C.C.O., LUCENA, C.M.F., SILVA, E.M. SANTOS, S.F.A., CANAVIEIRAS, A.S. **Multiprofissionalidade em Saúde Cardiovascular: Atuação Integrada em Clínica Cirúrgica.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 3, p. 209-216. 2013.

SILVA JR, A.G.; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.** In: Morosini, Márcia Valéria G.C. Modelos de atenção e a saúde da família. Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

TEIXEIRA, C.F. **A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006.

MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

Rafael Britto de Souza

Professor Assistente da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Faculdade de Educação de Crateús.

Isabella Nunes de Albuquerque

Assistente Social do Hospital Instituto Dr. José Frota da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Claudia Teixeira Gadelha

Psicóloga Clínica.

Lúcio Flávio Gomes de Lima

Professor Adjunto do Centro Universitário Estácio do Ceará.

RESUMO: Neste artigo discute-se o enfraquecimento das lutas sociais e ideais políticos que deram origem à aprovação da Lei 10.216 que intenta promover Políticas Públicas de desinstitucionalização da atenção psiquiátrica no país. Defende-se a tese de que a reestruturação de um modelo privatizante, comprometido com as leis do Mercado, se faz mais imperceptível uma vez que ocorre sob o manto de uma legislação de cunho reformador. Uma discussão histórica acerca das lutas do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e da teoria da Psiquiatria Democrática é apresentada buscando possibilitar a retomada do ímpeto revolucionário inicial do movimento de reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Lutas Sociais – Reforma

Psiquiátrica – Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental

ABSTRACT: This paper discusses the weakening of social movements and political ideals that led to the sanction of the Brazilian law 10.216/2001. This law intended to desinstitutionalize psychiatric attention in Brazil. We defend the thesis according to which the approval of the law facilitates the reintroduction of a privatized model of psychiatric attention by means of the concealment of concrete practices. The history of the “Mental Health Workers Movement” and the theories of the Democratic Psychiatry are presented in order to viabilize a rekindle of the initial revolutionary movement that sprung from them.

KEYWORDS: Social Struggles – Psychiatric Reform – Mental Health Workers Movement

1 | INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia-se na década de 1970 no mesmo período no qual eclode o movimento sanitário. O movimento sanitário buscava dar nova forma aos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, tomando a defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta de serviços, do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de

saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005). A ditadura militar configura-se como pano de fundo da organização político-administrativa do país. Embora ocorrendo no mesmo período, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história singular, inserida no contexto internacional de lutas sociais por mudanças no regime manicomial (BRASIL, 2005).

O cenário desta época caracterizava-se pela crise do modelo manicomial no qual o cuidado das pessoas com transtorno mental era centralizado no isolamento em hospitais psiquiátricos. Na contramão deste modelo de atenção vigente, vários movimentos sociais lutavam pelos direitos civis e humanos dos pacientes psiquiátricos. Dessa maneira, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira não se resumia a aprovações de leis e normas reguladoras do cuidado aos usuários com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores que tem participação profunda nessa questão e onde há uma composição de forças oriundas de instituições de diferentes origens, incidindo em territórios diversos, no âmbito federal, estadual e municipal, nos governos, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Pode-se afirmar que um ciclo histórico da saúde pública no Brasil se concluiu com a aprovação pelo Congresso Nacional e sanção do presidente da República, em 6 de abril de 2001, da lei 10.216, para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Tal ciclo teve início com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG) pela Câmara Federal, em 1989, posteriormente encaminhado para apreciação do Senado, recebendo então várias emendas e substitutivos. A aprovação representou apenas a legalização institucional de um movimento que avançou de forma vigorosa desde o final dos anos 1970 e durante toda a década de 1980, naquilo que se denominou 'reforma psiquiátrica' (PAULIN, 2004, p.242).

Este resumo, periodização e caracterização esquemáticos apresentados por Paulin (2004) tratam a questão da aprovação da Lei 10.216 como representando “apenas a legalização institucional” de um movimento social de lutas vigorosas. Neste artigo discutiremos dois dos maiores responsáveis por esta luta, a saber, a Psiquiatria Democrática e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Defenderemos a tese de que a aprovação da “ lei da reforma psiquiátrica”, quando tomada por seu valor de face, pode servir para favorecer a reestruturação de um modelo privatizante, comprometido com as leis do Mercado. A alternativa para este risco seria a retomada do ímpeto de luta social que deu origem a esta legislação, a qual deve ser compreendida de forma crítica como o ápice destas lutas e não sua efetivação concreta.

2 | A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA

O projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira teve forte influência da psiquiatria democrática italiana, cujo caráter libertário tem grande valor na discussão sobre as bases e as práticas dos novos serviços brasileiros.

A psiquiatria democrática italiana, que tem como o seu principal idealizador Franco Basaglia, promoveu uma mudança de paradigmas na psiquiatria. Seu marco inicial foi o trabalho de humanização realizado no Hospital de Gorizia, na década de 1960 (RANGEL, 2008). Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano que promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano. Nos anos sessenta esteve à frente do hospital de Gorizia, onde juntamente com outros psiquiatras começou a promover uma série de mudanças práticas e conceituais, que foram expostas no livro “A Instituição Negada” de 1968). Em 1973 o Serviço Hospitalar de Trieste, dirigido por Basaglia, foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental. A lei nº 180, do ano de 1978 (Lei Basaglia) estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos (manicômios) na Itália e está vigente até o presente momento (AMARANTE, 1996).

Sendo assim, na década de 1970, a psiquiatria democrática italiana foi marcada pelo desmonte do hospital de Trieste. Basaglia, com grande influência das correntes existencialistas e fenomenológicas, começou a questionar a distância do pesquisador quanto à sua própria pesquisa no campo da psiquiatria e coloca também em discussão a validade e a arbitrariedade da relação autoritário-hierárquica em que se baseia a vida asilar (RANGEL, 2008).

Basaglia coloca em cheque o paradigma psiquiátrico, que exclui o sujeito para se ocupar da doença mental. Tal sistema investigava a doença mental, mas esquecia da parte principal do tratamento que era o ser humano portador do transtorno, favorecendo uma relação hierárquica que pressupunha o saber do médico sempre superior ao paciente, utilizando para a suposta cura uma série de recursos que favoreciam o isolamento, tendo na prática da internação hospitalar a sua maior aliada (RANGEL, 2008).

Para compreender a Reforma Psiquiátrica brasileira faz-se necessário conhecer alguns conceitos-chave da Psiquiatria Democrática Italiana que influenciou fortemente o movimento brasileiro. Dentre estes conceitos é importante destacar especialmente os seguintes: doença mental entre parênteses, desinstitucionalização, instituição negada e instituição inventada.

O conceito de doença mental entre parênteses é um conceito utilizado por Basaglia apoiando-se na perspectiva fenomenológica. Neste conceito, Basaglia preconiza que é necessário por a doença “entre parênteses”, pois não é possível analisar a doença mental senão colocando-a desta forma, assim como o modo pelo qual ela foi classificada.

Em outras palavras, para estudar a doença mental é preciso questioná-

la compreendendo as bases na qual se fundamenta, ocupando-se de tudo que se construiu em torno da doença (AMARANTE, 1996).

Outro conceito trabalhado por Basaglia na Psiquiatria Democrática Italiana é a desinstitucionalização. A desinstitucionalização não se esgota com a destruição física de hospícios sendo um conceito muito mais amplo. Trata-se de um rompimento de um processo de institucionalização da loucura enquanto doença mental, conceito originado da psiquiatria (RANGEL, 2008).

No conceito originado da psiquiatria e questionado por Basaglia, a instituição não é apenas vista como o local, asilo, manicômio, mas como um conjunto de ideologias que residem dentro dos hospitais e nas relações sociais, se reproduzindo em espaços diversos (RANGEL, 2008).

Trata-se, portanto, da desmontagem do paradigma psiquiátrico, em seus aspectos conceitual e cultural, incluindo todas as concepções atreladas à doença mental: periculosidade e incompreensibilidade do louco, necessidade de controle e vigilância, as práticas de exclusão e violência etc. (RANGEL, 2008, p.50).

Basaglia (1967) afirma que a desinstitucionalização é uma denúncia civil, pois a ação da psiquiatria sobre a pessoa com transtorno mental é concretizar, sob a legitimação da verdade científica, a exclusão daquilo que a sociedade quer afastar de si: a pessoa considerada louca. A desinstitucionalização está comprometida com o sujeito excluído que:

Jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque todo ato seu está circunscrito e definido pela doença. (...) somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá sair do estado de institucionalização a que foi induzido (BASAGLIA, 1967, p.38).

Rotteli (2001) afirma que a instituição negada é entendida como o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno da doença, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto da periculosidade.

Já a instituição inventada não se refere a novos serviços, externos ao hospital, mas a criação de uma nova instituição que recrie as relações sociais. O objetivo da cura deve ser substituído por emancipação, autonomia; a reparação, pela reprodução social das pessoas, singularização e ressingularização (ROTELLI, 2001).

Partindo desses ideais, Basaglia transformou a assistência após vivenciar as condições de tratamento das pessoas com doença mental no Hospício de Gorizia. Ele utilizou como metodologia a negação da instituição psiquiátrica como lugar de tratamento e cura da loucura por meio da voz dos próprios usuários e convida a sociedade da época para responsabilizar-se pelos excluídos do convívio social e da criação de espaços comunitários de serviços onde estas pessoas poderiam consolidar uma nova subjetividade (FUNESA, 2011). Desse modo, observa-se que a experiência

italiana trouxe importantes contribuições para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3 | MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

Na década de 1970 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) inicia no Brasil uma mobilização contra o asilamento e a mercantilização da loucura. Tal movimento se deu de forma espontânea e independente dos aparelhos estatais (ALARCON, 2012).

O MTSM denuncia as formas “degeneradas e desumanas” da assistência psiquiátrica, associadas ao modelo hospitalocêntrico dominante que era patrocinado por um contexto privatizante, totalmente comprometido com as leis de mercado e com o fator determinante do lucro. Assim a reação do MTSM é no sentido de se opor ao modelo hospitalocêntrico, propondo uma profunda reforma no cuidado em saúde mental (ALARCON, 2012).

Configurava-se uma luta conjunta com os demais trabalhadores de saúde por um modelo sanitário regionalizado, integrado e hierarquizado, expresso nas “Ações Integradas de Saúde” que se alinha ao Plano Integrado em Saúde Mental (PISM) no ano de 1978, com a formação das primeiras equipes multiprofissionais em saúde mental nas coordenações estaduais de saúde (ALARCON, 2012).

Desta forma, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Já na década de 80, ocorre a expansão do referido movimento e em sequência acontece a formalização do modelo sanitário com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Este momento é considerado propício para implementação dos ideais do MTSM, pois em vários municípios e estados ocorre a conquista de vários espaços políticos pelas lideranças do movimento. Desta forma, abre-se o caminho para a constituição de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental, bem como maior fiscalização e tentativas de humanização nos hospitais (ALARCON, 2012).

As propostas do MTSM para a reforma do setor psiquiátrico versavam contra a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos e redução dos leitos existentes; em favor da regionalização das ações em saúde mental; controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados; expansão da rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental; humanização dos espaços hospitalares e implementação de estratégias de reinserção social dentro dos asilos estatais com equipes multiprofissionais (ALARCON, 2012).

Entre 1987 e 1992, o MTSM reflete sobre suas limitações, o que faz questionar sobre sua excessiva burocratização, que limitava o seu espaço de luta à tomada de posições dentro do âmbito estatal e a objetivos de transformação baseados no modelo sanitário. A partir desse questionamento, os ideais de Basaglia, da psiquiatria democrática, passam a influenciar fortemente o MTSM apontando a emergência

da Luta Antimanicomial e a transição do movimento em direção à proposta da desinstitucionalização psiquiátrica (ALARCON, 2012).

No ano de 1987, a partir dessa reavaliação, é lançado pelo MTSM o lema “por uma sociedade sem manicômios”, trazendo à discussão a exclusão da pessoa com transtornos mentais no meio social, debatendo sobre a questão do saber médico psiquiátrico como a única abordagem de cuidado em saúde mental. Com o intuito de quebrar o estigma da loucura, o movimento adota como premissa estratégica o conceito-chave da desinstitucionalização voltado para práticas assistenciais e territoriais objetivando a desconstrução do conceito da exclusão do louco na sociedade (ALARCON, 2012).

Nesta mesma época, são cruciais para o MTSM a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, no município de São Paulo (1987), e a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico onde ocorriam situações de maus-tratos e mortes de pacientes. Tal intervenção teve repercussão no país, pois constituiu-se como a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil (HIRDES, 2009).

Concomitante a estes fatos são implantados em Santos (SP) os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com atendimento 24 horas, bem como são criadas cooperativas, residências para os egressos de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

4 | MARCOS LEGAIS DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

No ano de 1989, o Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

As conferências de saúde também foram um marco nas movimentações políticas para reformar o modelo de atenção da pessoa com sofrimento psíquico, destacando-se a 8º Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1º Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2º Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e a 3º Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Nessas três décadas o processo de amadurecimento da Reforma Sanitária teve avanços e retrocessos, tendo como momentos mais efervescentes de discussão política e teórica o período compreendido entre as décadas de 80 e 90 (HIRDES, 2009).

Na América Latina, no ano de 1990, o marco histórico possibilitador de mudanças foi a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas. Neste evento foi assinado a Declaração de Caracas, onde os países se comprometem a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever o papel do hospital psiquiátrico e lutar contra os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental (HIRDES, 2009).

Sob a influência do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, os movimentos

sociais conseguem aprovar em alguns estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste comprometimento passam a entrar em vigor no Brasil as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Somente após 12 anos, em 06 de abril de 2001, foi sancionada a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216). A lei privilegia o oferecimento do tratamento em serviços de base comunitária e preconiza que a pessoa portadora de transtorno mental terá que ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, conforme às suas necessidades, sendo tratada com humanidade, sendo protegida contra qualquer forma de abuso e exploração e que esse tratamento objetive alcançar a recuperação, inserindo o usuário no meio social familiar, laboral e comunitário (BRASIL, 2001).

No decorrer do tratamento, a pessoa portadora de transtorno mental deverá receber o maior número de informações no que diz respeito a doença e ao tratamento, sendo tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e tendo a garantia do sigilo nas informações prestadas (BRASIL, 2001).

A lei preconiza que a internação em ambiente hospitalar só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação se dará em três modalidades: internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória (BRASIL, 2001).

A internação voluntária se dará com o consentimento do usuário, já a internação involuntária ocorrerá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros. Neste caso o paciente tem direito à presença médica, em qualquer etapa do processo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária. A internação compulsória, por sua vez, é realizada somente por determinação judicial, podendo acontecer à revelia da decisão do indivíduo a ser internado (BRASIL, 2001).

É importante observar que em todos os casos acima mencionados, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado caracterizando os seus motivos (BRASIL, 2001).

Quando o usuário solicita voluntariamente sua internação, ou quando a consente, ele deverá assinar, no momento da sua admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término desse tipo de internação se dará por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente responsável pelo seu tratamento (BRASIL, 2001).

No caso de internação involuntária, a instituição deverá realizar comunicação ao Ministério Público Estadual dentro do prazo de no máximo setenta e duas horas. Esta mesma comunicação deverá ser feita quando da alta do paciente. A conclusão da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento (BRASIL, 2001).

A internação compulsória é determinada por ordem judicial, nesse caso a determinação do juiz levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento, para manter o paciente em segurança, bem como os demais internados e os funcionários da instituição (BRASIL, 2001).

A legislação acima referida preconiza que o tratamento em regime hospitalar deve sempre objetivar a reinserção do paciente na comunidade. O cuidado nestas circunstâncias deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, etc (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica, amparada pela lei 10.216/2001, objetiva reinserção do paciente na sociedade convivendo com a família e a comunidade. Com este propósito, faz-se necessário que o atendimento seja realizado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência (BRASIL, 2013). A lei ainda determina que as internações, caso necessário forem, poderão ser feitas em hospitais gerais ou Caps/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte podem ser progressivamente substituídos, seguindo a tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base essencialmente comunitária (BRASIL, 2013).

5 | CONCLUSÃO

A Legalização do ideário defendido pelas lutas do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, baseado no modelo de Psiquiatria Democrática, pode estar favorecendo práticas de um modelo privatizante de saúde. As lutas sociais que deram origem a esta legislação tendem a ser reificadas na forma de meros ‘fatos históricos’, cujo produto (a lei 10.216/2001) passa a ser compreendido de forma alienada como um dado concreto.

Pretendeu-se com este trabalho apontar a possibilidade de fetichização desta conquista legal evidenciada na forma de comemorações, produções discursivas sobre seu caráter revolucionário e valorização de sua importância simbólica. Esta fetichização, ou seja, (compreensão da reforma como produto estático e pontual, com existência independente de seu processo de produção) ocorre às custas da atualização das lutas sociais que lhe deram origem e das mudanças concretas, que a compreensão desta lei como processo histórico possibilitaria.

A própria compreensão do movimento de reforma psiquiátrica depende de sua articulação com atores sociais não-institucionais. Apesar de ocorrida na mesma época, e apresentar semelhanças com o movimento da reforma psiquiátrica, a reforma sanitária “optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal” (FURTADO, CAMPOS, 2005, p.111). Profissionais da Rede de Saúde e acadêmicos que concretamente estão comprometidos com os ideais da reforma psiquiátrica,

devem lembrar constantemente que o movimento caracteriza-se não pela ocupação do aparelho estatal, mas pela inclusão de familiares, atores sociais, foruns e associações. Estas articulações não foram, nem poderiam ser, produzidas pela lei 10.216/2001. Devendo ser dialeticamente criadas e recriadas por meio de lutas sociais concretamente inseridas nos mais diversos espaços sociais.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sérgio. **Nos limites da desmesura: Aforismos sobre Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial no Brasil.** Rio de Janeiro. 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro- RJ, 2012.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 61-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **LEI No 10.216.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/leis2001/l10216.htm>. Acesso em: 05 mar. 2013.

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DE SERGIPE- FUNESA. **Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política.** Livro do Aprendiz 8./Fundação Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, Aracaju, 2011.

FURTADO, JP; CAMPOS R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano 8, n.1 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017514011> Acesso em 10 Mar. 2015.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso> Acesso em 05 Abr. 2013.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: 'Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970'. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

RANGEL, Mariana Nogueira. **A “nova cronicidade” nos novos serviços de atenção psicossocial.** Rio de Janeiro. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado) Curso de Mestrado em Ciências de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro - RJ, 2008.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada.** Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/47bicoiistituz.inventpo.pdf> . Acesso em: 10 mar. 2013.

O DIÁLOGO NECESSÁRIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Fernanda Maia Gurjão

Assistente social Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Fortaleza, CE.

Mariana Lima dos Reis

Assistente social Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Fortaleza, CE.

Mariana Carla Saraiva Monteiro

Assistente social Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Fortaleza, CE.

Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho

Assistente social do setor de transplante do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)

Lucia de Fátima Rocha Bezerra Maia

Assistente social do setor de Serviço Social do Hospital Universitário Walter Cantídio. Fortaleza, CE.

RESUMO: Este trabalho aborda a política de seguridade social brasileira, que abrange as Políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social, a partir de um relato de experiência de assistentes sociais do serviço de transplante hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará – HUWC/UFC. Foi realizada

uma pesquisa bibliográfica no intuito de compreender a seguridade social enquanto processo histórico e em construção. Como subsídio para a pesquisa, foram utilizados dados oficiais acerca do transplante de fígado no estado do Ceará, bem como sobre a realidade do transplante hepático no HUWC. Discutiu-se a realidade social dos pacientes transplantados e suas famílias por meio de uma pesquisa de perfil socioeconômico. Foram realizadas observações de campo. A partir de reflexões geradas pelas demandas postas ao assistente social, ressalta-se como elemento conclusivo, a necessidade de um maior diálogo da política de saúde com as políticas de Assistência e Previdência Social.

PALAVRAS-CHAVE: seguridade social; serviço social; transplante de fígado.

ABSTRACT: This paper deals with the Brazilian social security policy, covering the Social Assistance, Health, and Welfare policies, from an account of social workers experience of liver transplantation center at the University Hospital Walter Cantídio of the Federal University of Ceará-HUWC/UFC. A literature research was conducted in order to understand the social security as a historical and ongoing process. As subsidy for research, official data were used about the liver transplant in the state of Ceará, as well as about the reality of liver transplantation

at HUWC. The social reality of transplanted patients and their families through a socioeconomic profile research was discussed. Field observations were made. From reflections generated by the demands put to the social worker, it is highlighted as conclusive evidence, the need for greater health policy dialogue with the Assistance and Social Welfare policies.

Keywords: social security; social service; liver transplant.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa discutir o desenvolvimento histórico da seguridade social brasileira e como esta vem se configurando nos dias atuais. Realizou-se uma breve análise acerca das relações estabelecidas entre as três políticas que compõem a seguridade social, quais sejam: saúde, assistência social e previdência social.

A discussão foi norteadada a partir da experiência profissional de quatro assistentes sociais que atuam na política de saúde em um Hospital Universitário. Três das assistentes sociais são pós-graduandas em Atenção Hospitalar à Saúde, com ênfase em Assistência em Transplante, através do programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Ceará (UFC) e uma delas funcionária efetiva do HUWC. Desta forma, a partir do olhar de pesquisadoras / profissionais, buscou-se desenvolver a análise acerca da seguridade social por meio das demandas cotidianas inerentes ao trabalho do (a) assistente social.

Inicialmente, foi realizada pesquisa bibliográfica, objetivando assimilar as discussões teóricas acerca do objeto de estudo. Em seguida, buscou-se desvendar o espaço institucional e mais especificamente, o setor em que foi desenvolvida a observação de campo, o Ambulatório de Transplante de Fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC). Com a finalidade de dar subsídio à pesquisa, foram levantados dados oficiais e institucionais acerca do serviço de transplante hepático do hospital; e ainda, um estudo realizado em 2011, o qual traçou o perfil socioeconômico de pacientes transplantados no HUWC/UFC no ano de 2010.

Por fim, com base na análise de um dos instrumentais de trabalho do assistente social no Ambulatório de Transplante de Fígado, a entrevista social, foram discutidos aspectos intersetoriais da seguridade social brasileira. Buscou-se compreender as demandas que emergem no decorrer do atendimento social, uma vez que este aborda os seguintes critérios: composição familiar, grau de escolaridade, renda familiar, inserção na rede socioassistencial, direitos previdenciários, hábitos de saúde, entre outros.

Dessa forma, apresentaremos aspectos da seguridade social brasileira a partir de demandas sociais reais. Ou seja, ao captar a historicidade, limites e possibilidades do processo de construção da seguridade social serão pautados os direitos sociais da população.

2 | COMPREENDENDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

O caráter do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira não viabilizou a construção de um modelo de seguridade social baseado na perspectiva de universalização do acesso, mas sustentado predominantemente na lógica do seguro. Tal lógica foi a que permeou a estrutura e os critérios de acesso da previdência e da saúde no país até a Constituição Federal de 1988, enquanto a assistência social se restringia a uma ação pública, sem reconhecimento legal, mas vinculada a previdência institucional e financeiramente.

Os padrões de saúde brasileiros predominantes até o final dos anos de 1970 eram os de âmbito privado e contributivo, decorrente do processo de industrialização, sendo incipientes as práticas de saúde pública, que resumiam-se em tese às campanhas sanitárias, além das ações baseadas na filantropia, direcionada aos mais pobres. Em decorrência desta característica, pode-se perceber a íntima relação da política de saúde no Brasil com a constituição da previdência social.

O surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas a partir da Lei Elóy Chaves em 1923, viabilizou o acesso às políticas de previdência e de saúde apenas para a população contribuinte. Caracterizava-se por um modelo de atenção essencialmente curativo, além de visar a garantia da reprodução da força de trabalho.

A partir da década de 30 tem-se, ainda que tímida, a ampliação deste modelo de atenção, através da criação dos Institutos Previdenciários, que incorporaram categorias profissionais como industriários, comerciários, bancários, servidores da União e marítimos.

Tais padrões fragmentados de atenção (público, privado, filantrópico e contributivo), portanto, se fizeram presentes até meados dos anos 1970, mesmo com o agravamento das condições de saúde da população e com a elaboração do “novo” conceito de saúde em 1948 pelos organismos internacionais, enfocando os aspectos biopsicossociais da atenção em saúde.

Nesse contexto, a saúde passa a ser o principal campo de atuação do Serviço Social, decorrente da ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar. Como afirmam Bravo e Matos (2008, p. 199), tem-se o papel desenvolvido pelo assistente social:

O assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Além disso, dado o caráter não universal da política e com a ampliação dos gastos com assistência médica pela previdência social, o assistente social passa a atuar no cerne da contradição estabelecida: aumento da demanda e seletividade do atendimento, entre as necessidades da população e os interesses institucionais

restritos. Centrado nas diretrizes: modernização, centralização e controle; o governo militar favorece a privatização do setor de saúde, a partir dos convênios estabelecidos com hospitais e clínicas médicas privadas. (BRAVO; MATOS, 2008).

Com a Constituição Federal de 1988, fruto de intensa mobilização popular e de um contexto de crise econômica e política, que resultou no final do “milagre econômico” e no processo de redemocratização, que as políticas de previdência, saúde e assistência passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro.

A organização popular em torno da redemocratização do estado brasileiro, da consolidação dos direitos sociais, com destaque para o movimento de Reforma Sanitária, influenciou diretamente os rumos do Serviço Social.

As transformações ocorridas a partir da conquista da seguridade social na Constituição Federal de 1988, bem como o debate interno em torno da intervenção profissional, proporcionaram a possibilidade de uma atuação nos diversos campos de trabalho direcionada à efetivação dos direitos sociais.

Considerando o caráter híbrido da seguridade social brasileira, no qual a saúde universal, a previdência social contributiva e a assistência social seletiva, o profissional encontra em seus campos de atuação o desafio de articular tais políticas, tendo como premissa a ampliação do acesso pela população usuária. Dessa forma, contrapõe-se ao projeto neoliberal, que prima pelo desmonte dos direitos sociais.

Com base no direcionamento ético-político hegemônico da profissão, tem-se que a ampliação do acesso aos direitos se dá a partir, também, da capacidade profissional de conhecer e estabelecer relações com as diversas políticas, objetivando não só o acesso integral do usuário ao que já se estabelece em marcos regulatórios, mas também a ampliação desses direitos. Tal desafio, por estar presente nos diversos campos de atuação profissional, se faz também no atendimento realizado junto ao público descrito neste trabalho.

3 | ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Com a finalidade de alcançarmos melhor entendimento sobre o trabalho realizado pelo Serviço Social, faremos um breve percurso da história do transplante hepático no HUWC, ressaltando especificidades relevantes na medida em que precisam ser conhecidas e consideradas, pois dão contorno ao trabalho do (a) assistente social nessa área de ênfase ainda pouco explorada pela categoria, o transplante hepático.

O HUWC/UFC integra o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para a formação de recursos humanos para esse sistema, no desenvolvimento de pesquisas e na atenção à Saúde no Estado do Ceará. Além disso, é campo de aprendizado para estudantes de graduação e pós-graduação dos cursos da área da Saúde da UFC,

assim como de outras universidades do estado. O referido hospital foi inaugurado oficialmente em 1959, estando hierarquicamente subordinado a faculdade de medicina em 1967.

No HUWC/UFC, em Fortaleza-CE, os estudos pioneiros em transplante datam do início de 1976 quando foi fundado o Centro de Pesquisa em Doenças Hepato-Renais do Ceará (CEPHRECE). Em 16 de junho de 1988, portanto, com os avanços obtidos no aperfeiçoamento técnico e nos estudos clínicos, o HUWC realizou o primeiro transplante com doador falecido. Até 24 de outubro de 2013 foram realizados 1.122 transplantes de órgãos (córnea, rim e fígado).

Em âmbito nacional temos que a partir da década 1960 iniciaram-se as primeiras experiências de transplantes de órgãos. No entanto, somente na década de 1990 é que as primeiras propostas a respeito da organização dos transplantes no país foram direcionadas ao Ministério da Saúde. Data de 1997 a implementação da Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos, Legislação (Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001), inscrita no Sistema Único de Saúde como uma Política que garante a gratuidade da doação, a melhoria da qualidade de vida dos receptores, sem prejuízos aos doadores vivos (BRASIL, 1997; 2001).

O Decreto nº 2.268/1997 regulamentou a Lei nº 9.434 e criou o Sistema Nacional de Transplantes, responsável pela infra-estrutura da notificação de casos de Morte Encefálica (ME), captação e distribuição de órgãos e tecidos, organizados na denominada *fila-única*.

No caso específico do transplante de fígado, a primeira cirurgia foi realizada em 18 de maio de 2002 e no último dia 18 de agosto o centro realizou o milésimo transplante, consolidando sua posição como maior centro transplantador do Brasil. Não só pacientes do Estado do Ceará foram beneficiados, mas também pacientes oriundos de outros estados do Brasil, principalmente daqueles que não dispõem do serviço de transplante hepático - considerando o fato de o Ceará ser referência no tratamento - esses pacientes geralmente chegam encaminhados por meio do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), garantido pelo SUS, mediante a Portaria Federal nº 055, de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde.

Atualmente, o serviço de transplante hepático do HUWC/UFC integra os profissionais: cirurgiões, hepatologistas, intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais.

Os principais espaços de atuação do Serviço Social dentro do serviço de transplante hepático: 1) o setor de serviço social, onde são realizados atendimentos à demanda espontânea, dentre elas as relacionadas ao transplante; 2) o ambulatório especializado de transplante hepático, onde são atendidos os pacientes com indicação para realização de transplante; 3) enfermagem, onde são atendidos os pacientes que já realizaram transplante.

Neste estudo, daremos enfoque ao trabalho realizado no ambulatório especializado de transplante hepático do HUWC/UFC. Destacaremos o perfil do público atendido e o instrumental técnico-operativo utilizado (Entrevista de Acompanhamento Social), apresentando os pontos de conexão com as políticas de Assistência e Previdência.

4 | O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

O (a) assistente social é profissional da saúde, conforme estabelecido pela Resolução n. 287/98 do Conselho Nacional de Saúde e está vinculado à promoção da saúde independente do nível de atenção. Assim, promover saúde engloba um campo amplo de conhecimentos e práticas, com destaque para o diálogo necessário com o conjunto das políticas sociais, entre elas, Assistência e Previdência. (MOTA et al., 2008).

O público atendido pelo Ambulatório de Transplante Hepático do HUWC/UFC é composto predominantemente por adultos, provenientes de outros estados e municípios. São pessoas diagnosticadas com doença hepática grave e que precisam ser avaliadas para verificar se há indicação de transplante. A seguir, será apresentado um breve perfil socioeconômico dos usuários do serviço de transplante hepático, conforme pesquisa realizada por Medeiros (2011).

A partir de um universo de 91 pacientes (total de pacientes transplantados de fígado no ano de 2010), verificou-se que 62,5% dos usuários eram do sexo masculino, e 37,5% do sexo feminino. Deste total de pacientes, 30% residiam em Fortaleza/CE, sendo o serviço, desde aquela data, referência para diversas cidades do nordeste e norte do Brasil.

As faixas etárias de 31 a 49 anos, e de 50 a 59 anos, representaram, cada uma, 37,5% do total de usuários, enquanto a de 18 a 30 anos era composta por apenas 12,5% dos pacientes. Importante ressaltar que, no período da pesquisa, não era realizado no HUWC transplante pediátrico, algo que atualmente já faz parte da realidade do serviço, ainda que de forma reduzida.

Quanto ao grau de escolaridade, 25% eram alfabetizados, 33% haviam concluído o ensino médio e 20% possuíam ensino superior. Observa-se que o grau de escolaridade dos pacientes que buscam este serviço de saúde especializado é bastante variado.

Acerca da situação de trabalho, também verifica-se heterogeneidade: 29% eram trabalhadores formais, 17% trabalhadores informais, 15% desempregados, 2% trabalhadores rurais, 27% aposentados e 10% recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Tratando-se da renda per capita das famílias dos pacientes, constatou-se que 23% era inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, 54% era de $\frac{1}{4}$ a 2 salários mínimos e 19% acima de 2 salários mínimos (MEDEIROS, 2011).

Estes dados acerca da situação de renda e trabalho alertam para a situação

de pobreza vivenciada de forma preponderante pelo público atendido pelo serviço em questão. Ressalta-se que apesar do transplante ser um serviço de complexo desenvolvimento tecnológico e científico, sua eficácia e efetividade está diretamente relacionada às condições sociais que o paciente possui de manter sua saúde após o procedimento cirúrgico.

Sabe-se que o critério de renda estabelecido pela Lei nº 8.742 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS) para a concessão do BPC é de uma per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Com isso, desperta a atenção o fato de 23% dos pacientes possuírem a referida renda per capita e que, entretanto, apenas 10% dos pacientes recebam o BPC. Deduz-se a partir deste dado, portanto, que o acesso a este benefício socioassistencial ainda se apresenta, de certa forma, restrito. (BRASIL, 1993).

No atendimento ambulatorial, o (a) profissional de Serviço Social atua junto à equipe multiprofissional no sentido de promover saúde, a adesão ao tratamento e a recuperação da saúde. Esse processo é realizado por meio de entrevista social com paciente e acompanhante, buscando perceber os aspectos socioeconômicos e familiares dos usuários indicados ao transplante, observando se há questões que possam interferir no momento do pré e/ou pós-transplante.

A entrevista de acompanhamento social é composta por critérios avaliativos, que abordam aspectos como a identificação do paciente, o nível de escolaridade, a situação de renda e moradia, se há acompanhante disponível para o paciente durante todo o processo de transplante, se o paciente é acompanhado por algum equipamento social, entre outras questões.

Entende-se como processo de transplante todo o período antes da cirurgia (que abarca os atendimentos ambulatoriais com a equipe multiprofissional e realização de exames), a cirurgia em si e o período pós-transplante (que vai durar do momento recente pós-cirurgia até o final da vida dos pacientes, tendo em vista o necessário acompanhamento ambulatorial pela equipe multiprofissional, a realização de exames e o uso contínuo de medicações específicas)

Durante a entrevista, o (a) profissional de serviço social avalia, de acordo com os dados coletados, se o paciente apresenta as condições para a realização do transplante, identificando se há a necessidade de acompanhamento social ou de discussão com a equipe multiprofissional, a fim de que sejam traçadas estratégias de superação das questões sociais e familiares, visando primordialmente a concretização do tratamento.

A resolatividade de questões sociais ocorrem dadas as condições singulares desse público, que tem no transplante a única alternativa para recuperar a saúde. Em outras palavras, se os pacientes não conseguem acessar a cirurgia irão a óbito, e se acessam a cirurgia sem condições adequadas de moradia e renda para custear os gastos com alimentação, medicamentos e exames, podem perder o órgão por intercorrências como a rejeição e/ou infecções.

Assim, o trabalho realizado pelo (a) assistente social contribui para qualificar

a atenção a saúde do paciente, buscando garantir os direitos e a efetividade do tratamento. Nesse processo, deve-se primar pelo diálogo com as políticas de Assistência e Previdência, considerando a singularidade de cada paciente. Em situações nas quais o (a) usuário (a) relata não possuir condições de custear os gastos decorrentes do tratamento, realiza-se entrevista social para conhecer a história do (a) paciente, a fim de que seja orientada sobre os direitos. Nos casos em que há contribuição ao INSS, deve-se identificar se a carência para a solicitação do auxílio-doença foi cumprida, se ainda há condição de segurado ou não e então prossegue explicando o caráter contributivo da previdência social e os procedimentos necessários para iniciar o atendimento junto ao INSS.

No contexto do transplante, predomina os pacientes inseridos nos critérios de renda para o BPC, os quais são orientados acerca do direito de acessar esse benefício; também, busca-se contato com outras instituições (secretarias municipais e/ou estaduais de saúde; promotoria de defesa da saúde; defensoria pública da união) no intuito de viabilizar outras garantias sociais importantes para a recuperação da saúde do paciente. Nesse contexto, aborda-se a especificidades das políticas, esclarecendo a diferença entre a assistência e a previdência social, enfocando o caráter contributivo dessa e o não contributivo daquela.

Ressalta-se que nos atendimentos sociais, busca-se a interconexão com as políticas da saúde, previdência e assistência para garantir direitos, considerando que o acesso a essas políticas concorrem para ampliar a renda dos (as) pacientes. A atuação profissional na perspectiva da intersectorialidade contribui para efetivação dos direitos relacionados as políticas que abrangem habitação, segurança alimentar e nutricional, transporte, assistência farmacológica, entre outras.

Destaca-se que, embora reconheça a relação entre as políticas que compõem a Seguridade Social; percebe-se no cotidiano o distanciamento entre a saúde, assistência e previdência, uma vez que não há um canal de comunicação formal entre as instituições que formam esse sistema de proteção social. Nesse horizonte, o profissional atua na perspectiva de fomentar a articulação entre as políticas, mediante a orientação e o acompanhamento durante os atendimentos ambulatoriais. Os contatos com as instituições da previdência e da assistência são realizados de forma pontual, principalmente para nortear as orientações.

Nesse prima, observa-se a fragilidade da rede de proteção social que atua de forma fragmentada. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de organização de uma rede de proteção que contribua para a recuperação da saúde dos (as) pacientes atendidos.

No sentido de fortalecer o diálogo entre as políticas, desenvolveram-se atividades socioeducativas, no qual foram explanadas as garantias assistenciais e previdenciárias. Dessa forma, realizou-se grupos com pacientes e acompanhantes, no intuito de socializar os direitos referentes a seguridade social.

Reafirma-se que o desafio de articular as políticas de Seguridade Social deve

ser competência de todo profissional de saúde, uma vez que deve ser repensada no âmbito da dimensão política.

Considerando que o assistente social atua nas múltiplas expressões da questão social, sobretudo nas demandas provenientes dos pacientes em processo de transplante, os quais necessitam de um contexto social e familiar que contribuam para à realização do procedimento. Dessa forma, urge repensar a prática profissional, no sentido de atuar nessa realidade, buscando uma abordagem que contemple as interconexões entre saúde, assistência e previdência, objetivando contribuir para a promoção da saúde e da ampliação dos direitos.

5 | CONCLUSÃO

Percebe-se que a Constituição Federal de 1988, ancorada em novos princípios e diretrizes, buscou reorganizar e reestruturar diversos aspectos das políticas que compõem a seguridade social brasileira. No entanto, apesar da intenção de compor um amplo sistema de proteção social, ao configurar-se como um sistema híbrido (direitos dependentes de contribuição, universais e seletivos), não conseguiu construir um padrão de seguridade homogêneo, integrado e articulado.

Sob esse prisma, evidencia-se que as fragilidades desta proteção social recaem sobre a população usuária dos serviços sociais, que enfrenta no cotidiano as consequências de uma política que privilegia a lógica do seguro do que a do social. É nessa direção que emergem na realidade do trabalho profissional do assistente social diversas demandas acerca da garantia de direitos sociais.

Infere-se, portanto, que a realidade de pobreza e ausência de proteção social vivenciadas pelos pacientes transplantados de fígado, não se diferencia daquela vivenciada por diversos outros brasileiros. Dessa forma, se faz necessária uma maior articulação entre as políticas de saúde, assistência e previdência social, para que, em uma sociedade que está longe de materializar o pleno emprego, aqueles que não encontram-se protegidos pelos direitos previdenciários, possam adquirir também meios dignos de vida, principalmente em um momento de adoecimento.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Maria Stela Pereira. **Uma breve retrospectiva histórica da política de saúde no Brasil** – do início do século XX à criação do Sistema Único de Saúde Curso de Serviço Social –Universidade Estadual do Ceará. S.d.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado**: 2005 a 2012. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XVIII. n. 4. São Paulo, SP: ABTO, 2013.

_____. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo, 2012.

_____. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo, 2011.

BIBLIOTECA Virtual em Saúde, BVS. **Dicas em Saúde:** transplante de órgãos. [online]: 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/142transplante_de_orgaos.html>. Acesso em : 20 ago 2013.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil:** conquistas e limites à sua efetivação. Disponível em http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf. Acesso em 11 set. 2014.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei n. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997.** Disponível em https://www.google.com.br/search?q=ccivil_&oq=ccivil_&aqs=chrome.0.69i57.491877j0&sourceid=chrome&ie=UTF-8 Acesso em: 20 ago 2013.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.117**, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

_____. Lei Nº 8742 de 07/12/93. **Lei Orgânica da Assistência Social.**

CFESS. **Parâmetros para atuação do serviço social na saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas [online], Brasília: 2010.

HOSPITAL Universitário Walter Cantídio. Divisão de Imprensa e Marketing, DIM. **Walter Cantídio lidera ranking de transplantes de fígado no Brasil.** [online]. Fortaleza, CE: DIM, 2013. Disponível em <http://www.huwc.ufc.br/noticias.php?acao=exibir&id=1653> Acesso em: 21 ago 2013.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____, M. V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1998.

_____, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche.** São Paulo. Cortez: 2008.

LAURELL, Asa Cristina. **Avançando em direção ao passado.** In: _____ (Org.). Estado e Políticas Social no Neoliberalismo. 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2002, p. 151-178.

MEDEIROS, Richelly Barbosa de; *et al.* **Determinantes Sociais da saúde e expressões da questão social:** desafios vivenciados por pacientes de um centro de transplante hepático do Ceará, 2011.

MOTA, Ana Elizabete [et al]. **Serviço Social e Saúde.** 3ed – São Paulo: Cortez; Brasília,DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da questão social.** Temporalis/ Associação

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. **Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde.** In: BRASIL. Residências em saúde. Porto Alegre: GHC, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Planejamento Estratégico do Hospital Universitário Walter Cantídio-UFC.** Disponível em: www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica. Acesso em 07 de Setembro de 2013.

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS JUNTO A IDOSOS E SEUS ACOMPANHANTES E A QUESTÃO DA SUA INSTRUMENTALIDADE

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Universidade Federal da Paraíba – Departamento de Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vice-Coordenadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS)
João Pessoa-PB

Patrícia Barreto Cavalcanti

Universidade Federal da Paraíba – Departamento de Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Coordenadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS)
João Pessoa-PB

Carla Mousinho Ferreira Lucena

Universidade Federal da Paraíba – Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS)
João Pessoa-PB

RESUMO: O processo de envelhecimento humano impôs demandas e desafios ao SUS no que concerne à garantia da assistência de idosos. No ambiente hospitalar, a lei assegura o direito ao acompanhante durante internação, embora isto não se dê sem resistências institucionais. No seu cotidiano de trabalho em unidades hospitalares, apesar de sua autoimagem profissional fundar-se em seu Projeto Ético-Político e numa

perspectiva de instrumentalidade pautada na racionalidade emancipatória em defesa dos direitos assegurados aos idosos e seus acompanhantes, o assistente social encontra-se envolto em um cenário em que predominam demandas imediatas, baixa reflexão do trabalho, fragmentação do direito e controle institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Unidades hospitalares; Assistente Social; Instrumentalidade.

ABSTRACT: The process of human aging imposes demands and challenges to SUS. In the hospital environment, the law ensures the right to follow-up during hospitalization, although it is not without institutional resistance. In his daily work in hospital units, although his professional self-image is based on his Ethical-Political Project and in perspective of instrumentality in an emancipatory rationality in defense of the rights assured for the elderly and their caregivers, the social worker was in a scenario in which immediate demands predominate, low reflection of the work, fragmentation of the right and institutional control.

KEYWORDS: Elderly; Hospital Units; Social Work; Instrumentality.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população mundial é considerado um fenômeno recente e no Brasil tem provocado uma verdadeira revolução demográfica, fato explicado demograficamente pela diminuição das taxas de mortalidade, e pela drástica redução das taxas de fecundidade, especialmente nos grandes centros urbanos.

Dentre as questões relacionadas à proteção dos idosos está a política social de saúde. Para uma proteção mais qualificada, buscou-se em termos legais, estabelecer instrumentos formais que assegurassem o direito à saúde de idosos e de seus acompanhantes. Assim, as propostas têm se voltado à articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com o intento de reduzir as lacunas na assistência à saúde dos idosos, mais evidentes nos casos em que há a necessidade de internação hospitalar e entre os que desenvolvem algum grau de dependência / perda de autonomia.

Em relação ao Serviço Social, a saúde é o setor que historicamente tem absorvido o maior contingente de seus profissionais e a média e a alta complexidades são as que mais incluem o assistente social em suas equipes assistenciais.

Entretanto, embora o Serviço Social brasileiro tenha passado por revisões que se iniciaram nos anos 1950, se intensificaram nos anos 1960 com o processo de “renovação” profissional (NETTO, 2011) e tenha estabelecido um novo Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) nos anos 1990, até esta década observou-se poucas mudanças no cotidiano profissional, principalmente no que concernia às ações que o assistente social empreendia no seu exercício, permanecendo uma ênfase nas técnicas de intervenção, na burocratização das atividades, na psicologização das relações sociais e na concessão de benefícios (BRAVO; MATOS, 2006).

Data dos anos 1990 o seu reconhecimento como profissão de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução Nº 218/97) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (Resolução Nº 383/99), quando também foram sancionadas as Leis Orgânicas de Saúde (LOS Nº 8.080/90 e 8.142/90) e, paradoxalmente à conquista do SUS e da saúde como política pública, universal e gratuita, foram organizados dois projetos no âmbito da saúde – privatista e de Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2006) –, cujas demandas à profissão se voltaram a tendências antagônicas.

O projeto privatista vem requerendo do assistente social o trabalho voltado à seleção socioeconômica, à ação fiscalizatória no setor privado, ao assistencialismo no setor público, e à manutenção de práticas individuais e de atuação psicossocial, todas desarticuladas do atual PEP. Por sua vez, o projeto de Reforma Sanitária, vem exigindo do assistente social a ênfase na democratização do acesso, no atendimento humanizado, no estabelecimento de estratégias de interação entre a instituição e a realidade social dos usuários assistidos, no desenvolvimento de trabalho interdisciplinar,

com abordagens em grupo, com disseminação qualificada da informação e com a participação dos cidadãos.

Não podendo desconsiderar que as determinações objetivas e subjetivas e os enquadramentos inflexionam o trabalho do assistente social na saúde, interferindo na forma como organiza suas práticas, uma vez que este é um trabalhador assalariado e, portanto, também sujeito às determinações dos contratos de trabalho e do mundo do trabalho, este artigo toma como tema o trabalho do assistente social em hospitais junto aos idosos e seus acompanhantes, que, buscando elucidar qual a perspectiva de atuação deste profissional: privatista ou democrática, toma como base o problema: qual a instrumentalidade do assistente social no trabalho em saúde com os idosos e seus acompanhantes?

Assim, tem como objeto a instrumentalidade do assistente social na assistência prestada aos idosos e seus acompanhantes durante o período de internação hospitalar.

Tal discussão se justifica pela abrangência e atualidade do tema, cuja profissão de Serviço Social completou 80 anos de existência no Brasil, em 2016, e pela possibilidade de análise crítica e redefinição de seus instrumentos, suas estratégias e, por conseguinte, de sua instrumentalidade na atuação junto a idosos e seus acompanhantes assistidos em unidades hospitalares, compatibilizando estes instrumentos e esta instrumentalidade à perspectiva teórico-metodológica e ético-político conferida no Projeto Ético-Político Profissional (PEPP), erigida ao longos das últimas três décadas, e consonante ao direito destes sujeitos que é ratificado em lei. Ademais, se insere em uma política setorial que vem sofrendo fortes rebatimentos no que concerne à intensificação da sua privatização e mercantilização, bem como se volta à análise das ações realizadas junto ao segmento populacional que vem crescendo rapidamente nas últimas décadas no Brasil, mas que ainda tem uma proteção social precária e incipiente.

2 | DESENVOLVIMENTO

A questão do envelhecimento no Brasil vem se configurando numa das principais expressões da “questão social” em função dos níveis históricos de desigualdades e padrões de exclusão que o país apresenta, entretanto, a despeito do desenvolvimento de um conjunto de legislações que visam à proteção dos idosos nas últimas décadas, permanece o distanciamento entre o que está previsto em lei e a concretude das ações propostas.

Em oposição à visão estigmatizante que associa os idosos à improdutividade, legando-os à marginalização (OLIVEIRA, 2002), governos e populações em todo o mundo têm defendido o estabelecimento do envelhecimento saudável, associado ao “envelhecimento ativo”, cuja definição foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005, p. 13) e corresponde ao “[...] processo de otimização das

oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Neste sentido, a proposta do “envelhecimento ativo” compreende uma política de saúde que engloba sete determinantes: “[...] comportamentais, pessoais, ambiente físico, ambiente social, econômico, sistemas de saúde e serviço social, cultura e gênero” (FARIAS; SANTOS, 2012, p. 168).

Porém, nem todos os idosos conseguem atingir o “envelhecimento ativo” e muitos têm progressivamente desenvolvido algum tipo de dependência (temporária ou permanente), estes necessitarão de cuidado. Neste sentido, Neri (2002 apud SCHWANKE; FEIJÓ, 2007) aponta que o cuidado de idosos pode ser dividido em formal e informal, a partir da relação existente entre o cuidador e a pessoa cuidada. O cuidado formal é aquele realizado por profissionais da saúde, instituições e hospitais, através de técnicas específicas da sua área, enquanto que o informal fica a cargo de membros da família, vizinhos e amigos da pessoa debilitada, cujos cuidadores podem ser divididos em primários, secundários e terciários.

Em todos os casos, o acesso aos serviços de saúde é um fator relevante para a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, posto que, segundo Veras (2003), eles demandam pelos serviços de saúde mais do que qualquer outra faixa etária, sendo que 28,9% das procuras correspondem a doenças crônicas.

Entretanto, não se pode descurar das questões estruturais que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem padecendo, ao que se soma o interesse apenas recente do setor pelos idosos. Assim, na Atenção Básica, as intervenções permanecem pontuais e centradas no modelo campanhista, enquanto programas de controle de doenças crônicas não são planejados levando em consideração as particularidades dos idosos. Na média e alta complexidades, a situação tem se agravado com o fechamento de leitos, a acentuação da privatização e da mercantilização da saúde, o baixo investimento na área, o sucateamento dos hospitais e os problemas de gestão e de recursos humanos, conduzindo a um intenso processo de judicialização para a “garantia” do acesso em detrimento da observância dos princípios da integralidade, universalidade, e equidade da política de saúde, bem como da responsabilidade do Estado de garantir ao idoso o direito à vida e à saúde como previsto na Lei N° 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Nos casos de internação hospitalar, o papel do cuidador ganha destaque porque ele se torna um colaborador da equipe assistencial (PENA; DIOGO, 2005), ao passo que estabelece uma interligação junto ao idoso, representando um elo de segurança e apoio psicológico, tendo em vista que são recorrentes situações de angústia, perda da autoestima, da autonomia, a partir de um sentimento de vulnerabilidade que está associado à internação (SILVA; BOCCHI; BOUSSO, 2008).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, o cuidador é definido como:

[...] a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida

do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano [...], excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (BRASIL, 1999a, p. 20).

Sendo assim, o cuidar é uma atividade de grande importância para a pessoa cuidada. Historicamente o papel de cuidar sempre foi direcionado aos elementos familiares que se disponibilizam para prestar apoio, buscando atender as demandas oriundas da pessoa cuidada, que necessita de auxílio devido à condição (física ou mental) fragilizada. Tal atividade exige a importância de o Estado oferecer treinamento e educação para os cuidadores (informais e formais).

Entretanto, se é certo que cabe ao Estado assegurar a proteção dos idosos, é também correto afirmar que tal responsabilidade foi estendida sobre as famílias, embora, observe-se que, em grande medida, seja ela capaz ou não física, emocional e financeiramente, é sobre a família que tem recaído sobremaneira a responsabilidade pelo cuidado e bem-estar dos idosos brasileiros, num direcionamento de transferência de responsabilidades do Estado para as famílias.

No âmbito hospitalar, a presença do cuidador está prevista na Portaria nº 280/1999 do Ministério da Saúde que afirma ser obrigatório o oferecimento de meios estruturais que permitam a presença do acompanhante para pessoas acima de 60 anos de idade, seja em instituição pública, conveniada ou contratada pelo serviço público (BRASIL, 1999b), e foi ratificada pelo Estatuto do Idoso, ainda que esta presença esteja submetida ao controle da instituição.

Em relação ao controle institucional supramencionado, Pires e Macêdo (2006) advertem que o traço do desenho organizacional público é marcado pelo burocratismo, autoritarismo centralizado, paternalismo, pela descontinuidade e ingerência política e estas características estão fortemente presentes no âmbito hospitalar, onde se mantém a hipertrofia do setor médico e o fortalecimento de visões tradicionais do Serviço Social, cujas ações mais requisitadas pelas equipes que integra se voltam a atividades mais burocráticas, racionalizadoras, normatizadoras, hierarquizadoras e controladoras, havendo pouco espaço para o desenvolvimento de ações socioeducativas (MIRANDA, 2015).

Assim é que no Serviço Social, “as atividades desenvolvidas cotidianamente [...] fazem parte de um fazer profissional não reflexivo, preocupado em dar resposta à demanda, em viabilizar o acesso [...], buscando minimizar as deficiências do sistema” (WITIUK, s.d.), ao passo em que o imediatismo destas ações corrobora para a fragmentação do direito.

No caso do trabalho junto a idosos e seus acompanhantes, as ações socioeducativas, a realização de trabalho interdisciplinar e intersetorial constituem desafios permanentes para o assistente social, ainda que se reconheça que são múltiplas as demandas imediatas que se lhe interpõem.

É nesse sentido que se faz necessária a presença e participação direta dos profissionais do Serviço Social através da discussão juntamente com a equipe de saúde, buscando entender a realidade do cuidador e destacando a necessidade da adoção dos determinantes sociais como estruturantes do processo saúde doença (SILVA; STELMACH, 2012). O profissional também deve fazer uso do:

[...] Instrumental técnico-operativo para: 1- intervir diretamente com o fornecimento de informações úteis ao cuidador; 2- favorecer a articulação da rede para o atendimento não só do doente, mas dos familiares e especialmente do cuidador; 3- acompanhar e apoiar a família, dando especial atenção ao cuidador, pela escuta sensível e busca da garantia de acesso aos direitos preconizados ao doente (SILVA; STELMACH, 2012, p.153).

Todavia, é mister destacar a dificuldade que a profissão vem enfrentando na compreensão inadequada da teoria crítica marxista que fundamenta o atual PEPP, a qual se manifesta no uso dos instrumentos e das técnicas profissionais e em um entendimento de que essa teoria não instrumentaliza para a ação (SANTOS, 2006).

Tal compreensão parte da histórica funcionalidade do Serviço Social à ordem burguesa, no sentido de eliminar conflitos, administrar recursos e modificar comportamentos, cuja utilidade social está vinculada às políticas sociais, mais precisamente em uma perspectiva fragmentada da “questão social” e das próprias políticas sociais (GUERRA, 2007), mas tal instrumentalidade pode ser vista como mediação, de modo a romper com a razão instrumental e realizar um exercício crítico.

A definição do instrumental técnico-operativo do Serviço Social é uma das condições necessárias para a regulação das relações sociais, mas também remete às articulações com as configurações presentes nos espaços sócio-ocupacionais e com os projetos profissionais constituídos, daí a importância do instrumental como parte da direção teórico-política do exercício profissional (TRINDADE, 2001).

Todavia, como assevera Guerra (2013, p. 46), a razão instrumental vem se expressando historicamente na profissão, em todas as suas esferas:

No espaço sócio-ocupacional onde a intervenção se realiza, na sua orientação e reivindicação de resolutividade, na aferição de resultados através de metas quantitativas. No uso utilitário e instrumental do projeto ético-político profissional e de seus princípios e orientações, bem como no do referencial teórico e ideopolítico que norteia as intervenções profissionais.

Se é certo que não se pode negar a existência de tal instrumentalidade, é também correta a compreensão de que a autonomia relativa de que dispõe a profissão lhe permite acionar a razão e a vontade vinculadas a um projeto profissional quando opta por procedimentos técnicos e ético-políticos que utilizará, dentre os quais está o instrumental técnico-operativo, fato que lhe permite superar a dimensão eminentemente instrumental. Para tanto, é indispensável a reflexão de suas ações, bem como a adequada apropriação do referencial teórico, do significado de seus instrumentos e dos objetivos das ações que empreenderá (BRANDÃO, 2006).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de possuir um projeto profissional voltado à garantia dos direitos e à qualidade dos serviços, a organização das políticas sociais fragmentadas e a acentuação da fragilização dos direitos têm conduzido o assistente social que atua na política de saúde e na assistência à saúde dos idosos e seus acompanhantes a uma instrumentalidade predominantemente centrada na racionalidade formal-abstrata ou razão instrumental.

Isto se dá porque a organização do seu trabalho em unidades hospitalares permanece fixada em ações paliativas, de cunho técnico-burocrático, com baixa interação interdisciplinar e intersetorial, pouca reflexão e em um cenário marcado pelo confronto entre a redução do investimento em saúde – notadamente na alta complexidade – e o aumento da demanda em decorrência do crescimento da expectativa de vida.

Em relação ao trabalho com os acompanhantes de idosos, a lógica tem se voltado no sentido de eliminar conflitos, administrar recursos e modificar comportamentos.

Assim, a despeito de seus propósitos e da sua autoimagem profissional relacionada ao direito dos usuários, seu trabalho tem inflexionado incipientemente a qualidade da assistência prestada a idosos e seus acompanhantes durante a internação hospitalar, tendo uma utilidade social mais voltada à instituição que ao interesse coletivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 1999a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2006/GM/GM-2528.HTM>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS/Nº 280, de 07 de abril de 1999**. Brasília: Gabinete do Ministro, 1999b.

BRASIL. **Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília: Presidência da República, 2003.

BRANDÃO, R. de C. C. **O Serviço Social no Brasil: a reinstrumentalização necessária**. 2006. Tese (Doutorado). Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, Franca-SP, 2006.

BRAVO; M. IN. D.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. [et al.] (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS; OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 167-217.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. dos. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176, jan./mar. 2012.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 39-49, 2013.

MIRANDA, A. P. R. de S. Investigando a organização de processos de trabalho pelo uso de ferramentas analisadoras. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 36, p. 224-249, 2015.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, R. de C. da S. Velhice: Teorias, Conceitos e Preconceitos. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 13, n. 25, agosto de 2002.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 663-669, 2005.

PIRES, J. C. de S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-105, jan.-fev. 2006.

SANTOS, C. M. dos. **Os instrumentos e técnicas**: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social), UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

SCHWANKE, C. H. A.; FEIJÓ, A. G. S. Cuidando de cuidadores de idosos. **Revista Bioética**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 1, p. 83-92, set. 2007.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M.; BOUSSO, R. S. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. **Texto contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 297-303, jun. 2008.

SILVA, V. R.; STELMACH, L. L. Cuidadores domiciliares: uma demanda para a ação profissional dos assistentes sociais. **Revista Serviço Social**. Londrina, v. 14, n.2, p. 145-161, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12133/11908>>. Acesso: 13 fev. 2014.

TRINDADE, R. L. P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre as demandas sociais e projetos profissionais. **Temporalis**, Brasília, n. 4, 2001.

VERAS, R. A novidade da agenda contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **A terceira idade**, São Paulo, v. 14, n. 28, p. 6-29, set. 2003.

WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WITIUK, I. L. **Serviço Social e saúde**: processo de trabalho do assistente social. s./d. Disponível em: <http://www.cpihts.com/2003_07_06/SSS,htm>. Acesso em: 22 dez. 2010.

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINÁ- PIAUÍ

Leila Leal Leite

Ouidora do Hospital Universitário. Mestre em Gestão Pública pela Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI.

RESUMO: Objetivo da pesquisa é identificar a oferta dos serviços de saúde e analisar o repasse financeiro para os níveis de atenção à saúde em Teresina–PI. A coleta de dados foi baseada nos sites do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e no Portal das Transferências Fundo a Fundo. O estudo é do tipo retrospectivo, exploratório e descritivo, com método de análise quantitativa. Os resultados mostram aumento dos estabelecimentos de saúde no setor privado e um declínio dos públicos e a variação do repasse financeiro destinado aos níveis de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Oferta; Financiamento; Serviços de saúde.

ABSTRACT: Aim of the research is identify the offer of health services and analyze the financial allocation for health care levels in Teresina-PI. Data collection was based on the websites of the national register of Health establishments, Information System on Public Health Budgets and the transfer Transparency Portal. The study

is retrospective, type exploratory and descriptive, with quantitative analysis method . The results show an increase of health establishments in the private sector and a decline in public and the variation in the financial allocation for health care levels.

KEYWORDS: Offer; Funding; Health service.

1 | INTRODUÇÃO

A interação entre os setores públicos e privados ou entre o Estado e o mercado no âmbito da oferta e do financiamento dos sistemas de cuidados com a saúde é um tema de importância crucial e hoje, mais que nunca, ocupa a agenda governamental brasileira, bem como de muitos outros países, particularmente, dos desenvolvidos, que tem hoje o grande desafio político de buscar o consenso entre a cobertura pública e privada, com vistas a não perder os avanços sociais já consolidados.

Faz-se necessária uma reflexão sobre as variantes do financiamento e a desigualdade espacial na oferta de serviços de saúde, sob a ótica das interfaces que foram sendo tecidas entre o setor público e privado no sistema brasileiro de proteção à saúde e, as consequências e entraves para a construção de um sistema mais equitativo. Coutinho (2000, p. 16) declara que, “ao tratar-se de saúde pública

as consequências não se refletem apenas na aplicação ineficiente de recursos, mas, sobretudo, no estado de saúde do indivíduo, representando a crucial diferença entre a possibilidade de vida ou morte”.

Durante o estudo acadêmico e experiências profissionais, surgiram algumas inquietações sobre os Sistemas de Saúde no Brasil, mas precisamente em Teresina-PI, após observar desigualdades no acesso da população a tratamentos médico-hospitalares, motivos desta pesquisa, que tem como objetivo de estudo identificar a oferta dos serviços de saúde no setor público e privado, bem como analisar o repasse financeiro do Sistema Único de Saúde para os diferentes níveis de atenção à saúde no município de Teresina-PI. Para amenizar as inquietações, buscou-se aporte teórico, a fim de contribuir com dados e informações que pudessem além de conferir conhecimentos, viabilizar debates de conscientização do pleno direito de acesso aos serviços de saúde na sua integralidade e equidade a todos os cidadãos brasileiros.

Este artigo está estruturado em cinco partes: na primeira, tem-se a introdução; na segunda, faz-se abordagem sobre a oferta e financiamento dos serviços de saúde; na terceira, é apresentado o caminho metodológico da pesquisa; na quarta, apresentam-se os resultados e as discussões; e, por fim, é exposta a conclusão do estudo.

2 | OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, o Sistema de Saúde começou a se estruturar a partir da década de 60, quando o Ministério da Saúde, embora tendo o apoio das unidades federativas e de seus respectivos municípios, limitou-se a promover campanhas profiláticas com hospitais que ainda não possuíam estrutura suficiente para tratar endemias graves, não conseguindo assim, cobrir a dimensão continental do país, devido ao fato de localizar-se em regiões bastante centralizadas (MARINHO E MAC-ALLISTER, 2005).

Andrade (2003, p. 12) afirma que com a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e com a Constituição Federal de 1988, “[...] foi determinada a garantia do acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário de todos os cidadãos brasileiros”. Neste momento, o Sistema Nacional de Saúde foi consolidado de fato mediante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual, estabelece o papel das três instâncias governamentais (municipal, estadual e federal) no provimento, na oferta, financiamento e gerenciamento dos serviços de saúde pública.

Em conformidade com as teorias, observa-se que o Sistema de Saúde Brasileiro tem passado por diversas reformas, percebe-se ainda, que a partir dos anos 90 até hoje, o Brasil, convive com um Sistema Misto de Saúde, o público e o privado, no financiamento e/ou na prestação de serviços. Ou seja, o segmento privado também denominado de saúde suplementar, é regido pelas regras de mercado, com vistas a oferecer ações e serviços a quem tem condições de pagar, numa relação de troca, característica de qualquer negócio. Já o segmento público, segundo Rodrigues (2003),

é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não comercial de assistência à saúde, cumprindo o papel de estabelecer políticas, gerir e prover ações e serviços de saúde para toda a comunidade.

Segundo Andrade (2003), a partir da década de 90, o Sistema de Saúde no Brasil passou a funcionar de forma única, constituindo uma rede regionalizada e hierarquizada, definida de acordo com as diretrizes de descentralização, no qual estados e municípios comandam a execução dos serviços, mas o governo federal planeja, fiscaliza e controla o sistema. Segundo o autor (idem), ao longo desse processo os estados e municípios assumiram novas responsabilidades na provisão de serviços de saúde, implicando uma crescente descentralização do Sistema Nacional de Saúde ou municipalização da saúde, responsabilizando explicitamente o município pelo provimento e pela gestão dos serviços de saúde no seu território.

Neste contexto, entende-se que a descentralização significa uma tentativa de transformar os municípios em unidades gestoras de fato, ou seja, a municipalização possibilita a proximidade do gestor de saúde local com as reais necessidades de saúde da população, podendo assim, melhorar a distribuição espacial da oferta de serviços de saúde a uma parcela maior da população, tornando-a mais igualitária e de forma mais condizente com suas necessidades, “[...] esta discussão ganha atenção especiais, tanto pelas dimensões geográficas quanto pelas desigualdades econômicas e sociais existentes, como pela presença significativa do setor privado na prestação de serviços de saúde” (MARQUES E MENDES, 2005, p. 232).

No que se refere ao público e privado no Brasil, o Sistema de Saúde Brasileiro desde o início do século XX, “[...] foi caracterizado por um padrão institucional dual, que distinguia e separava ‘saúde pública’ e ‘medicina previdenciária’ marcada pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais” (BARROS, 2002, p. 57).

Hoje, o setor privado vem se expandindo em sua estrutura e nos serviços prestados à população, cobrindo possíveis lacunas deixadas pelo setor público. Esta expansão torna-se visível através da observação do crescimento das instituições privadas, como hospitais, clínicas e laboratórios. “Existem ainda grandes desafios a ser enfrentados por todos os gestores do SUS para tornar os princípios e diretrizes definidas em um sistema pleno, realidade esperada por toda a população brasileira” (BRASIL, 2003, p. 120).

3 | METODOLOGIA

O estudo é do tipo retrospectivo, exploratório e descritivo, baseado em dados secundários provenientes de distintas bases de dados, com método de análise quantitativa, o qual “[...] caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas” (RICHARDSON et al, 2010, p. 70). Foram utilizados métodos

estatísticos que torna “possível determinar em termos numéricos a probabilidade de acertos de determinada conclusão, bem como a margem de erro de um valor obtido” (GIL, 2007, p. 35).

Para Chizzotti (2003, p.52), a pesquisa quantitativa, “tem maior poder de generalização dos achados científicos, também, prever a mensuração de variáveis preestabelecidas mediante a frequência de incidências e de correlações estatísticas”. Desta forma, este tipo de abordagem atendeu aos objetivos propostos pelo estudo.

A pesquisa foi realizada no período de 30 dias correspondente ao mês de novembro de 2016. A coleta de dados foi feita por meio das distintas bases de dados, com uma análise sobre a oferta e financiamento dos serviços de saúde. A oferta foi analisada pelas informações contidas no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o financiamento pelos dados disponíveis no site do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e no Portal da Saúde/ Transferências Fundo a Fundo.

Os resultados das buscas eletrônicas (Portal da Saúde/MS, SIOPS e CNES) foram selecionados e avaliados pela pesquisadora referente ao período de 2010 a 2014. A primeira variável referente à oferta observou-se a quantidade dos estabelecimentos de saúde por tipo de prestador de serviço de saúde segundo a natureza jurídica. E a segunda variável, no que diz respeito à fonte de financiamento buscou-se analisar os valores repassados Fundo a Fundo (Repasses Municipais) e as despesas consolidadas por nível de atenção a saúde. Para a análise dos dados foi utilizado estatística descritiva.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dados referentes ao número de estabelecimentos de saúde em Teresina entre os anos de 2010 a 2014, segundo o CNES/MS, apontam na Tabela 1 um aumento de 707 para 920 estabelecimentos. De acordo com a natureza jurídica observou-se um crescimento na quantidade de estabelecimentos de saúde no setor privado em todos os anos do estudo, variando de 82% a 82,8%. No entanto, os estabelecimentos públicos apresentaram um declínio de 18% para 17,2%.

O sistema público de saúde juntamente com o privado, coopera com o desenvolvimento do SUS. Em ambos os sistemas analisados, observou-se que existe um crescimento tanto quantitativo quanto qualitativo dos serviços privados em relação ao público.

Tipo de Prestador	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Público	127	18	137	17,9	133	16,3	150	17,1	158	17,2
Privado	580	82	627	82,1	683	83,7	729	82,9	762	82,8
Total	707	100	764	100	816	100	879	100	920	100

Tabela 1: Quantidade de estabelecimentos de saúde por tipo de prestador segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES / MS (BRASIL, 2016)

Nos últimos anos, o setor privado apresentou uma maior expansão em sua estrutura e nos serviços prestados à população, cobrindo possíveis lacunas deixadas pelo setor público. A tendência atual é que este crescimento se intensifique, aumentando a oferta da assistência privada. O setor de cuidados à saúde, no segmento suplementar, compreende todo o conjunto de instituições privadas que têm como objetivo ofertar serviços de atenção à saúde, paralelamente à oferta do Estado (ANDREAZZI, 2002).

Conforme Andreazzi (2002), a razão da denominação do segmento privado como assistência médica suplementar é, segundo Kornis e Caetano (2002, p. 32) “a existência de um serviço público de atenção médica de caráter obrigatório, sendo permitida ao beneficiário a opção pelo pagamento de um seguro privado”. Uma das formas de colaboração da iniciativa privada e prevista na Constituição Federal de 1988 se refere a uma atuação complementar ou suplementar.

A diminuição da oferta de serviços de saúde no Sistema Público tem contribuído para o crescimento das atividades no setor privado por disponibilizar um melhor atendimento, equipamentos modernos, bem como, recursos humanos capacitados, razão pela qual, uma parcela da população busca ser assistida pelo sistema privado como alternativa para a resolutividade dos seus problemas de saúde (ANDREAZZI, 2002).

Assim, entende-se que o setor privado participa duplamente no financiamento da saúde no pagamento de tributos e na forma complementar e/ou suplementar. No financiamento do sistema de saúde brasileiro, a saúde suplementar funciona como uma opção ou alternativa para o usuário do Sistema Público de Saúde permitindo-o, se assim for do seu interesse, que o mesmo se utilize da iniciativa privada como forma de usufruir de um tratamento diferenciado, minimizando as deficiências do serviço público.

A União delega aos municípios, os serviços de saúde voltados à atenção primária. Estes, por não dispor de condição financeira e institucional, com recursos limitados e à espera de repasses federais, comprimem a oferta de serviços e dão margem para o aumento das atividades privadas. O crescimento da oferta de serviços privados de saúde está relacionado à insuficiência dos recursos do setor público de saúde e ao suporte comercial oferecido pelas empresas privadas de saúde.

Na Tabela 2, buscou-se avaliar as informações da quantidade de estabelecimentos

de saúde por esfera administrativa em Teresina-PI. Foi observado um aumento quantitativo de estabelecimentos de saúde na esfera municipal nos anos analisados, variando de 85,8% a 86,7%; os estabelecimentos públicos estaduais declinaram e a esfera federal mantém o mesmo número, entre os anos de 2010 a 2014.

Esfera Administ.	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Federal	1	0,8	1	0,7	1	0,7	1	0,7	1	0,6
Estadual	17	13,4	17	12,4	17	12,8	17	11,3	20	12,7
Municipal	109	85,8	119	86,9	115	86,5	132	88,0	137	86,7
Total	127	100	137	100	113	100	150	100	158	100

Tabela 2: Quantidade de Estabelecimentos de Saúde, por esfera administrativa, segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES / MS (BRASIL, 2016)

Segundo Levcovitz *et al.* (2001), os municípios, em 1993, adquiriram um protagonismo maior no financiamento, coerente com o caráter inicialmente municipalista do SUS e, em 2002, a esfera estadual de governo passou a participar de forma muito mais ativa, fruto tanto do resgate do seu papel de gestor do SUS através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), como da regulação estabelecida por meio da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar que a municipalização e a gestão descentralizada de acordo com Marques e Mendes (2003), não só regula como estrutura o sistema público de saúde no país através das formulações e implementações dos meios de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, repasses municipais. A partir da Constituição Federal de 1988 e o processo de descentralização tributária, ampliou-se a competência tributária de estados e municípios fazendo com que aumentasse as transferências de tributos federais às esferas subnacionais de governo (ABRUCIO, 2005).

Os municípios brasileiros ganharam a condição de entes federativos autônomos, no que se refere ao município de Teresina encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica ganhando força com a descentralização da gestão, favorecendo a melhoria e qualidade na prestação e na oferta dos serviços municipais tendo como resultado um aumento significativo na quantidade de estabelecimentos de saúde pública cabendo cada vez mais atenção especial e comprometimento por parte dos gestores de setores da saúde.

No que diz respeito ao repasse de fundos para saúde no município de Teresina, a Tabela 3 mostra que o aporte financeiro repassado ao Programa Atenção Básica aumentou no período considerado. Em contrapartida, observou-se, também, que o repasse monetário para realizações das ações de média e alta complexidade aumentou gradualmente. Durante o período pesquisado, detectou-se que do valor total repassado

fundo a fundo, a menor parcela, 15,8%, estava voltada para investimento nas ações de média e alta complexidade.

Valores Repassados Fundo a Fundo	Atenção Básica		Média e Alta Complexidade	
	Nº	%	Nº	%
2010	43.952.132,50	15,8	179.490.679,47	14,8
2011	53.347.293,83	19,2	260.089.747,56	21,5
2012	59.006.290,67	21,5	255.081.669,40	21,1
2013	59.766.737,70	21,2	249.115.570,79	20,6
2014	61.762.376,77	22,2	266.591.665,86	22,0
Total	277.834.831,47	100	1.210.369.333,08	100

Tabela 3: Valores repassados Fundo a Fundo por nível de atenção a saúde segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014.

Fonte: Portal da Saúde / Ministério da Saúde (BRASIL, 2016)

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde. Esta Lei propõe o repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal, referentes à cobertura das ações e dos serviços de saúde para investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial, ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde (BRASIL, 1990).

Conforme Mendes (2005), a transferência fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros. Já os recursos transferidos fundo a fundo, segundo Pinto *et al.* (2009), financiam as ações e serviços de saúde da Atenção Básica dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e da assistência de média e alta complexidade realizada por Estados e Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual.

Para Arretche (2003), a política de saúde no Brasil tem como diretriz maior a inclusão social universal. As necessidades de recursos financeiros do setor saúde tendem a ser sempre crescentes, ainda mais se considerar, associado a isso, o aumento e envelhecimento da população, as características próprias do nosso processo de transição epidemiológica e a rapidez do desenvolvimento e incorporação de tecnologias. Ainda segundo a autora, a situação poderia ser incomparavelmente pior, não fossem as medidas propostas e implementadas pelos gestores do sistema nas três esferas de governo.

Ugá *et al.* (2003), concluem que os avanços do processo de descentralização e da expansão das ações de Atenção Básica acarretaram uma reorientação dos recursos financeiros, refletida na maior homogeneidade e na distribuição dos recursos per

capita para as unidades federadas e regiões do País. Assim, verifica-se a necessidade de uma rede de unidades básicas de saúde em número suficiente para atender à população e realizar atendimentos básicos.

A Tabela 4 demonstra as despesas consolidadas por nível de atenção a saúde no município de Teresina. Detectou-se que em ambos os níveis há um aumento na consolidação dos gastos, ou seja, tem havido maior emprego do dinheiro nas ações a cada ano tanto a nível de Atenção Básica variando de 10,8% a 26,8%, como na média e alta complexidade variando de 15,2% a 24,1%.

Despesas	Atenção Básica		Média e Alta Complexidade	
	Nº	%	Nº	%
2010	49.965.524,70	10,8	226.153.259,87	15,2
2011	63.686.896,55	13,8	246.271.387,17	16,6
2012	78.257.262,17	16,9	283.982.546,39	19,1
2013	146.521.248,97	31,7	372.634.639,78	25,1
2014	123.859.771,28	26,8	358.207.536,44	24,1
Total	462.290.703,70	100	1.487.249.369,65	100

Tabela 4: Despesas conslidadas por nível de atenção a saúde segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde / MS (BRASIL,2016)

Ao confrontarmos a Tabela 3 com a Tabela 4, observou-se o aumento do repasse do financiamento das ações de saúde e que a despesa com estas ações também aumentou como mostra a Tabela 4. Porém, se observa a não utilização de todo o repasse nas ações. Percebe-se com os dados que as ações de média e alta complexidade, no ano de 2011, Teresina recebeu mais de R\$ 260 milhões (TABELA 3) e neste mesmo período consolidou o gasto de pouco mais de R\$ 246 milhões (TABELA 4). Nos demais anos da pesquisa, os dados mostraram que as despesas tanto com a Atenção Básica quanto com ações de média e alta complexidade foram maiores do que o repasse fundo a fundo.

A municipalização dos serviços de saúde se pauta na ideia da redução das despesas com a atenção de média e alta complexidade em detrimento da expansão dos serviços de saúde voltados para Atenção Básica nos cuidados de prevenção de doenças, de promoção e recuperação da saúde.

No entanto, observa-se que há uma contradição nesta ideia em relação ao município de Teresina como mostra a Tabela 04, uma tendência do crescimento das despesas em todos os níveis de atenção à saúde, contrariando, portanto, a expectativa da redução automática das despesas na atenção de média e alta complexidade mediante ações de qualidade na prestação de serviços e de cuidados com a Atenção Básica.

De acordo com Maia (2004), o Sistema de Saúde Brasileiro é composto pelo

Sistema Único de Saúde e pelo Sistema de Saúde Suplementar, público e privado respectivamente, e que a participação do setor privado no gasto com saúde constitui uma parcela significativa do mercado de serviços de saúde.

Em face do exposto, o sistema de saúde voltado para atividades de atenção primária que possui a ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, deve estar direcionado para as necessidades de saúde da população, enfrentamento de situações epidemiológicas, atenção às situações crônicas de saúde, ou seja, todas as ações de vigilância em saúde, assim, o fortalecimento da atenção primária de saúde torna-se um sistema de saúde mais adequado, efetivo, de qualidade e mais eficiente porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros (MENDES, 2007).

Um dos sérios problemas que o SUS enfrenta hoje é a ineficiência dos serviços públicos de saúde. Portanto, é necessário fazer avaliações e um trabalho de reorganização da rede de atenção primária à saúde, já que a Atenção Básica é capaz de mudar a realidade do antigo modelo hospitalocêntrico promovendo de forma resolutiva os problemas de saúde da população, contraindo menor gasto na prevenção das doenças. Para isso, são necessários mais investimentos financeiros e qualificação profissional.

5 | CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito do cidadão e criou o SUS como o sistema público de saúde responsável por garantir de modo universal e igualitário, o acesso às ações e serviços, a promoção, proteção e recuperação da saúde. Com a adoção do princípio da universalização, o Estado, através do SUS, tem o dever de prestar a assistência à saúde a todo cidadão, independentemente de uma contraprestação pecuniária.

Neste sentido, diante dos resultados desta pesquisa foi possível observar que houve avanços importantes na condução e organização da política de Saúde da Atenção Básica de Teresina, porém, ainda é bastante notória, uma forte presença do setor privado na prestação de serviços de saúde pública, principalmente nos de apoio diagnóstico e hospitalar, seguramente cobrindo possíveis lacunas deixadas pelo setor público.

Conclui-se, portanto, que o cuidado à saúde deve ter sua qualidade garantida independentemente, da fonte de financiamentos e da oferta de serviços de saúde desde que sejam respeitados os princípios da universalidade, da integralidade e equidade. Portanto, a política pública de regulação do público e privado, no tocante à assistência à saúde, deve contribuir para a articulação entre os cuidados prestados no SUS e no segmento suplementar.

Para tanto, é importante a participação de todos os agentes dos setores públicos

e privados, buscando em cada um deles suas vantagens comparativas, definindo instrumentos e incentivos para que cada um deles possa dar o melhor de si na construção de sistemas de saúde comprometidos com os anseios e necessidades da saúde da população brasileira.

Enfim, conclui-se que o sistema de saúde pública de Teresina no que se refere aos cuidados com a saúde destaca-se a Atenção Básica pela importância de promover a saúde e de prevenir as doenças amenizando sofrimentos e proporcionando o bem-estar individual e coletivo buscando a eficácia e a eficiência dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: A experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 2005.n.24, p. 41-67.

ANDRADE, M.V. Políticas estaduais na área de saúde. In: **Minas Gerais do Século XXI: Investindo em Políticas Sociais**, V.III, Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais, Belo Horizonte: BDMG, 2003.

ANDREAZZI, M. de F.S. **Teias e Tramas: Relações Público-Privadas no Setor Saúde Brasileiro dos Anos 90**. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social–UERJ, 2002.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: O difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003. V. 8, n. 2, p. 331- 345.

BARROS, E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: Marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan-americana de Saúde. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS; v.4. p.17-70. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpi.def>>. Acesso em 03 nov. 2016.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. São Paulo: **Editora Revista dos Tribunais**; 1997. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2016. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1790&pagina=dspPesquisa&uf=PI&perInicial=01/01/2011&perFinal=11/0&perMunicipio=221100>. Acesso em 03 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. 2016. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncao.php>. Acesso em 03 nov. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/gestao.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. **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. 14 set. 2000.

_____. **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. 31 dez. 1990.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COUTINHO, M.J.V. A administração pública voltada para o cidadão: Quadro teórico-conceitual. **Revista do Serviço Público.** ENAP: 2000. Ano 51, número 3, jul-set.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

KORNIS, G.; CAETANO R. Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil. In: **Regulação & Saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ANS, 2002.

LEVCOVITZ, E; et al. Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2001. 6: 269-318.

MAIA, A.C. **Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro.** [Dissertação]. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MARINHO, F.; MAC-ALLISTER M. Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde para as Organizações Prestadoras Privadas. In: **Anais do XXIX Encontro Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração.** Brasília: ANPAD, 2005.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Revista Economia e Sociedade.** Campinas, 2005. Vol.14, nº 1, p. 159-175.

_____. A. Os (des) caminhos do financiamento do SUS. Saúde em Debate. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de saúde,** 2003. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez.

MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001).** 2005. 421 f. [tese]. Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005. 422 p.

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde.** Secretaria Estadual de Minas Gerais Belo Horizonte, 2007. 156 p.

PINTO, N.R.S.; et al. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: Um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2009. V. 25, n. 4, p. 927- 938.

RICHARDSON, R. J.; et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RODRIGUES, P.H. Responsabilidade dos gestores públicos de serviços de saúde. In: **Fórum de debates sobre Saúde Suplementar.** Anais. Rio de Janeiro; ANS, 2003.

UGÁ, M.A.; et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 2003. V. 8, n. 2, p. 417-427.

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: RESULTADOS EM SOBRAL-CE

Leandro Fernandes Valente

UVA, Especialização com caráter de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
Sobral – Ceará

Antonia Sheilane Carioca Silva

UVA, Especialização com caráter de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
Sobral – Ceará

Andressa de Oliveira Gregório

UVA, Especialização com caráter de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
Sobral – Ceará

Heliandra Linhares Aragão

UVA, Especialização em Saúde Integral do
Adolescente
Sobral – Ceará

Mônica dos Santos Ribeiro

UVA, Especialização com caráter de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
Sobral – Ceará

Patrícia Thays Alves Pereira

UVA, Especialização com caráter de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
Sobral – Ceará

RESUMO: No município de Sobral - CE, o atendimento à gestante usuária de crack é realizado de forma diferenciada desde 2010 por meio de um programa específico vinculado à Estratégia Trevo de Quatro Folhas, oferecendo

um apoio a essas mulheres grávidas com o intuito de melhorar as condições de nascimento dos recém-nascidos e fortalecer os vínculos familiares. Esta pesquisa objetiva investigar a atuação da Rede de Cuidados à Gestante Usuária de Crack, conforme os serviços disponíveis no município. Conclui-se que é fundamental que os serviços de saúde sejam comprometidos e estabeleçam prioridades, agindo intersetorialmente e com os recursos da comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de Saúde. Gestante. Drogadição

ABSTRACT: In the municipality of Sobral - CE, the care given to the pregnant woman who uses crack is performed differently since 2010 through a specific program linked to the Four Leaf Clover Strategy, offering support to these pregnant women with the aim of improving the conditions of newborns and strengthen family ties. This research aims at investigating the performance of the Care Network to the Crack User, according to the services available in the city. It is concluded that it is essential that health services be committed and establish priorities, acting intersectorally and with the resources of the community.

KEYWORDS: Health Policies. Pregnant. Drug addiction.

1 | INTRODUÇÃO

O consumo de drogas vem aumentando nas últimas décadas, particularmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, chegando ao ponto do uso de substâncias, como a maconha e o crack serem referenciados como epidemia (NEVES, 2009). Identifica-se também a prevalência do uso de crack na população obstétrica ocasionando a exposição da gestante ao consumo e causando o comprometimento do binômio mãe-feto, constituindo um grande problema de saúde pública.

O efeito social do crack é mais danoso e tem um poder de alastrar-se muito superior às outras drogas. Atualmente, pode-se dizer que há uma verdadeira “epidemia” de consumo de Crack no país, atingindo cidades grandes, médias e pequenas. No tocante ao uso desta substância, não há distinção entre os consumidores, são tanto os pobres como os ricos, tanto os brancos como os negros, como também não há diferenças de gênero. (BRASIL, 2006)

Dados de 2005 estimavam em 380.000 o número de usuários, provavelmente dependentes do crack no Brasil. Hoje, o Ministério da Saúde estima que existam 600 mil usuários de crack no país. Inicialmente, o uso da droga era restrito a São Paulo. Nos últimos cinco anos, espalhou-se nos centros urbanos de todas as regiões. Atualmente, o crack produz um forte impacto na rede pública de saúde, desde a atenção básica até os hospitais, no atendimento de problemas decorrentes do consumo da pedra, tais como, acidentes e violências e no tratamento da dependência. (BRASIL, 2010).

Referente as pessoas do sexo feminino, o uso do crack pode acarretar como danos secundários o aumento da prostituição e da exploração sexual, tendo em vista, que muitas vezes a forma de manter o consumo diário da droga é submissão a este tipo de atividade. Além de casos de violência sexual, pois, segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) as mulheres usuárias regulares de crack, 47% relataram histórico de violência sexual (comparado a 7,5% entre os homens). (BRASIL, 2016). Dessa forma, estas vulnerabilidades podem acarretar gestações indesejadas, doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a sífilis.

No município de Sobral-Ceará, o atendimento à gestante usuária de crack é realizado de forma diferenciada desde 2010 por meio de um programa específico vinculado à Estratégia Trevo de Quatro Folhas. Além disso, desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1997, o município tem desenvolvido ações para reduzir a morbimortalidade infantil. Inicialmente, os esforços foram concentrados na redução dos óbitos infantis por diarreia e infecções respiratórias e, recentemente, um dos focos principais é a redução dos danos aos recém-nascidos de usuárias de crack. (SOUSA, 2010).

Desde 2001, a Secretaria Municipal de Saúde passou a fazer a investigação de todos os óbitos de crianças menores de 01 ano, o que permitiu identificar as principais deficiências da assistência pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao acompanhamento

da criança no primeiro ano de vida. A análise dos óbitos maternos e infantis mostrou que haviam dificuldades que impediam as gestantes e as mães de seguirem as orientações necessárias para evitar problemas na gestação e para o bebê, principalmente entre as mães adolescente. Observou-se, por exemplo, que, muitas vezes, as prescrições de repouso e de realização do pré-natal eram comprometidas quando a mãe não tinha apoio da família.

Partindo destas informações, foram criadas estratégias para reduzir e/ou minorar tais situações, entre elas o Projeto Trevo de Quatro Folhas, que foi implantado em 2001, pela Prefeitura Municipal e desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil e garantir o apoio à mulher no exercício da maternidade. No início era um projeto e, a partir de 2010, tornou-se uma Estratégia, instituída como Política Pública a partir de uma Lei municipal.

Como forma de minimizar esses efeitos, o Trevo de Quatro Folhas vem, desde 2010, oferecendo um apoio a essas mulheres grávidas com o intuito de melhorar as condições de nascimento dos recém-nascidos e fortalecer os vínculos familiares.

No entanto, o acompanhamento às gestantes usuárias de crack demanda uma grande necessidade de articulação e mobilização da rede de atendimento já existente no município. Atualmente essa articulação se inicia com a identificação pelo Centro de Saúde da Família (CSF), que faz o encaminhamento ao Trevo, onde se realiza uma abordagem direta à gestante e sua família para a análise dos riscos e vulnerabilidades sociais e os devidos encaminhamentos.

Diante do exposto, esta pesquisa teve a função de investigar a atuação da Rede de Cuidados à Gestante Usuária de Crack e seus emaranhados, conforme os serviços disponíveis no município. Pretende-se através deste estudo fornecer elementos para subsidiar os gestores municipais para o adequado planejamento de uma política de atendimento às pessoas usuárias de substâncias psicoativas, principalmente as gestantes usuárias de crack, assistidas na Atenção Primária da Saúde de Sobral - CE. Intentando-se ainda analisar os pontos positivos, os resultados alcançados e os pontos frágeis dessa rede para que possam ser indicadas alternativas para melhorar a assistência a esse grupo populacional.

Cabe ressaltar que as atividades de acompanhamento especializado à gestante usuária no município de Sobral tiveram início em 2010, mas o relato da experiência refere-se aos atendimentos ocorridos no ano de 2016.

O objeto deste trabalho refere-se a descrever o percurso de atendimento as gestantes usuárias de crack que tem como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde e com os devidos encaminhamentos para a rede de atenção à saúde envolvendo a Estratégia Trevo de Quatro Folhas que realiza um atendimento especializado, os demais serviços secundários e terciários da rede de serviços de saúde do município que acompanham gestantes usuárias de crack. Assim como, mapear os serviços existentes no município de Sobral-Ceará que atendem gestantes usuárias de crack; descrever as potencialidades e fragilidades da Rede de Cuidados às gestantes

usuárias desta substância.

2 | CONSTRUINDO UMA REDE DE APOIO A GESTANTE USUÁRIA DE CRACK

A identificação das gestantes usuárias de crack é realizada pelos Centros de Saúde da Família (CSF) de Sobral, que faz o encaminhamento a Estratégia Trevo, onde realiza-se uma abordagem com essas mulheres e sua família para a análise dos riscos e vulnerabilidades clínicas e sociais. A gestante continua realizando os pré-natais no CSF de referência, sendo acompanhada também pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde Mental com apoio do Trevo. Além do encaminhamento para a rede de atenção, conforme necessário.

As articulações multiprofissionais supracitadas primam, entre outras, pelo fortalecimento do vínculo familiar, principalmente do vínculo mãe/filho, oferecendo condições para que essas mulheres possam exercer a maternidade e garantir a convivência familiar com seus filhos direcionando os cuidados e ações que serão desenvolvidas.

Atuando na linha da política de redução de danos, o acompanhamento feito com às gestantes usuárias de crack visa minimizar os efeitos do consumo dessa substância para a mãe e principalmente para o feto. É amplamente sabida a dificuldade de abandonar o consumo do crack. Por essa razão procura-se orientar as gestantes a reduzir o uso do crack, reduzindo seus efeitos para o desenvolvimento do feto.

Tal linha de atuação vem sendo desenvolvida atualmente pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas com as gestantes. Conta-se com participação do Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) no tratamento das gestantes. Outro parceiro de extrema importância nesta intervenção é o Hospital Dr. Estevam, garantindo e acolhendo as gestantes usuárias de crack que aceitam o tratamento quando há necessidade de internação, proporcionando o acompanhamento adequado no processo de abstinência, além de possibilitar considerável ganho ponderal da gestante e do feto. Essa proposta de apoio e tratamento das gestantes será seguida para o tratamento das mães usuárias de crack.

Busca-se dar condições para que a mulher possa viver sem o crack, cuidar do seu bebê e construir novas formas de organizar sua vida sem o uso da substância.

O conjunto de ações que pretende-se oferecer as usuárias é fundamentado metodologicamente nos princípios da integralidade, da intersetorialidade e da participação ativa dos profissionais e das famílias envolvidas.

Pretende-se oferecer atendimento integral às mães e às crianças por meio da articulação com a Rede de Atenção à Mulher e à Criança, com acesso aos serviços de saúde no nível primário, secundário e terciário.

Outro dispositivo da rede de cuidados é Centro de Orientação e Apoio Sorológico

(COAS) que diante do número elevado de DST's, realiza tratamentos de doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, HIV/AIDS, HPV). Oferecendo tratamento especializado, com medicação e acompanhamento após nascimento do bebê.

O Projeto Flor do Mandacaru, que atende adolescentes, realizará o acompanhamento de saúde sexual e reprodutiva das mães adolescentes que ainda não fizeram vínculo com o CSF. No acompanhamento observou-se que algumas mães têm filhos na adolescência, estando estes na mesma condição vulnerável de suas mães. Essas adolescentes passaram a ser atendidas pelo Flor do Mandacaru objetivando reduzir os riscos para as doenças sexualmente transmissíveis e principalmente a gravidez indesejada na adolescência.

A intersectorialidade é efetivada com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), nos casos de violação dos direitos das mães, crianças e seus familiares (exploração sexual, violência contra a mulher). Nos casos de situação de violência, negligência, maus tratos e abusos contra as crianças será envolvido o Conselho Tutelar. A participação dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) é relevante no atendendo as famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social/ situação de extrema pobreza.

O acompanhamento pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas se dá através de visitas domiciliares às gestantes e orientações quanto à importância do pré-natal, realização dos exames, os prejuízos do uso e abuso de drogas na gestação, fortalecimento dos vínculos mãe- bebê e prevenção a doenças sexualmente transmissíveis. O encaminhamento para a rede de atendimento ocorre conforme cada caso necessite. A integralidade do atendimento é proporcionada pela articulação entre os níveis de saúde, além da participação de outros setores e secretarias do município.

O conhecimento do perfil dessas gestantes, principalmente os aspectos sócio-demográficos, é essencial para a proposição de ações estratégicas que possam contribuir para identificar os principais motivos que levam ao uso dessa substância, traçando estratégias de prevenção e redução de danos. Sendo as estratégias de funcionamento da rede fundamentais para superação das vulnerabilidades.

O número de atendimentos às gestantes usuárias de crack vem aumentando continuamente em Sobral. Em 2010 foram cinco gestantes atendidas, e em 2015, esse número saltou para trinta e dois casos atendidos. Isso representou um crescimento de 84,4% de 2010 a 2016, o que pode indicar duas realidades: o aumento do número de gestantes em consumo de crack e a eficiência da rede sócio assistencial em detectar e encaminhar os casos para acompanhamento.

Em 2016 foram acompanhadas 23 gestantes usuárias de crack. Destas, 12 usavam somente crack, as demais associavam com outras drogas. A maioria tinha o ensino fundamental incompleto, sendo que nenhuma concluiu o ensino médio. A idade das usuárias variou entre 12 e 39 anos, tendo a maioria entre 20 e 29 anos. Verifica-se que 60% não possuía apoio familiar, todas eram de classe social baixa, com algumas vivendo em pobreza absoluta. Em relação a presença de DST, 18 apresentavam sífilis,

04 HIV/AIDS e 06 a associação de sífilis e HIV, sendo acompanhadas pelo COAS. Apenas 10 aceitaram o acompanhamento do CAPS-AD.

Outro ponto importante a ser destacado é a necessidade do atendimento integral às famílias que têm papel fundamental na construção do plano de cuidado dessas mulheres e seus filhos. O acompanhamento desenvolvido visa também a inserção da família na comunidade fortalecendo os vínculos comunitários e o apoio das redes sociais existentes na comunidade.

Os atores sociais do chamado Sistema de Garantia de Direitos têm um papel fundamental na constituição dessas crianças como sujeitos de direitos, de maneira indissociável do seu contexto sócio-familiar e comunitário, além dos cuidados com a saúde.

O acompanhamento destas mulheres nos últimos anos tem nos permitido apontar as dificuldades e visualizar algumas ações que podem minimizar os efeitos do crack para os bebês dessas gestantes. Observa-se que muitas gestantes tentam parar ou diminuir o consumo, algumas chegam até a ficar internadas para desintoxicação, porém falta um apoio mais eficaz que as auxiliem na prevenção de recaídas. Dessa forma, são necessárias ações de articulação com a rede de saúde e a rede de serviço sócio assistencial diante dos riscos para a mãe e para o bebê.

As redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

No que se refere ao acompanhamento das gestantes usuárias de crack é fundamental que todos os serviços de saúde sejam comprometidos e estabeleçam prioridades, devendo ainda ocorrer conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade, visando resultados mais efetivos.

Uma rede que permita o entrelaçamento das ações e das relações. Uma rede sem centralidade, porém quente o suficiente para agenciar as demandas dos usuários, e se transformar em um suporte efetivo para as dificuldades em andar a vida que esses usuários possuem (FIGUEIREDO, 2005).

Podemos delinear a atuação da Rede de Cuidados às gestantes usuárias de crack atendidas pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas e seus emaranhados, buscando descrever as potencialidades e fragilidades, compreendendo a articulação intersetorial existente no município de Sobral-Ceará.

Os resultados serviram de base para qualificar o atendimento ao público em referência, tendo a gestão um papel fundamental na criação de estratégias de atendimento à saúde materno-infantil do município de Sobral-Ceará.

3 | CONCLUSÃO

O acompanhamento destas mulheres permite apontar dificuldades e visualizar ações que podem minimizar os problemas associados ao uso de crack pelas gestantes. Como dificuldades, observa-se que muitas gestantes tentam parar ou diminuir o consumo, algumas chegam até a ficar internadas para desintoxicação, porém falta um apoio mais eficaz que lhe ajude a ocupar-se e superar a recaída. Observa-se também uma ausência de acompanhamento destas mulheres após o período de puerpério, sendo que muitas destas retornam ao consumo do crack, voltando a engravidar.

As equipes de saúde tem um papel relevante no acompanhamento, encaminhamento e monitoramentos dos casos. Destaque para os/as assistentes sociais que estão inseridos atualmente em diversas áreas de atuação. No processo de trabalho em saúde atuam como agentes de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde e com as demais políticas sociais. O profissional desenvolve ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença, assegurando a integralidade e intersetorialidade das ações.

A integralidade constitui-se como um dos princípios que dão sustentação ao SUS, juntamente com a universalidade e a equidade. Nesse sentido, o presente estudo apresenta as contribuições da rede de atenção à saúde da gestante usuária de crack. Ratifica-se que a articulação desta rede constitui-se como um dos maiores desafios postos à saúde, pois existe um distanciamento entre a intenção de praticar a intersetorialidade e a sua efetivação no cotidiano. E nesse sentido é fundamental a proposição de mudanças tanto na formação dos profissionais (desde a graduação) quanto nas organizações dos serviços de saúde, os quais compreendam e busquem ampliar canais de diálogo com os serviços da saúde e outros setores das políticas públicas que contribuam para a qualidade de vida das pessoas atendidas.

Observa-se a dificuldade no acompanhamento das mulheres após o período puerperal, o que levava muitas a voltarem ao consumo do crack, muitas vezes engravidando novamente. Esses fatos acarretavam danos irreparáveis à criança como o abandono, problemas no crescimento e desenvolvimento, adoecimento e morte, o que fere o direito à proteção e à vida, direitos fundamentais da criança que constam do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Com a articulação da rede de atenção e intersetorial identifica-se o fortalecimento do vínculo mãe/bebê e a importância desse fator para o desenvolvimento da criança; a melhora do autocuidado e do cuidado com os filhos.

Com base nesses resultados iniciais, ainda não mensuráveis, tendo em vista a história de vida do público atendido e para garantir a manutenção e o atendimento às mães e às crianças até dois anos de idade, a estratégia está sendo mantida e necessária, para que possam cuidar dos seus filhos com o apoio e orientação dos

profissionais de saúde. Verificou-se a importância de apoiar as gestantes para reduzir ou abandonar o crack nesse período crítico para o bebê.

Trabalhar na perspectiva da redução de danos é fundamental para a saúde das gestantes e dos bebês. Sendo o apoio mais direto que possa leva-las a não utilizar ou reduzir o consumo desta droga. Incentivando o vínculo com o bebê ainda no útero, para que após o nascimento essa relação esteja mais fortalecida levando a um melhor acolhimento do bebê e melhorando a relação mãe/filho.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento.** São Paulo, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30/12/2010.** Brasília, 2010.

_____, Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Crack e exclusão social.** Org. Jessé Souza. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, , 2016.

FIGUEIREDO, M.D. Saúde Mental na Atenção Básica: **Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS** - Campinas (SP). Dissertação de Mestrado. Campinas, 2005.

NEVES, Marília Nogueira. REDE DE ATENDIMENTO SOCIAL: UMA AÇÃO POSSÍVEL. **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009.

SOUSA, F.J.S.; SUCUPIRA, A.C.L.; AGUIAR, I.S.M.; MESQUITA, V.A.L.; SALES, E.N.B.G. Programa Trevo de Quatro Folhas: Uma Ação Efetiva para a Redução da Mortalidade Infantil em Sobral – Ceará. **SANARE**, Sobral, V.11. n.1.,p. 60-65, jan./jun. – 2010.

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

Jamyle Martins de Sousa

Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Luana Pereira do Nascimento Lima

Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Elane Cristina Matias Sousa

Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Olney Rodrigues de Oliveira

Mestra em Educação pela Universidade Federal do Ceará - UFC, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Lucia Conde de Oliveira

Doutora em Saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Professora do Curso de Serviço Social na Universidade Estadual do Ceará - UECE, Fortaleza – CE.

RESUMO: A precarização dos serviços públicos apresenta-se de diversas formas, através da instabilidade nos vínculos trabalhistas dos profissionais, ausência de concursos públicos, terceirizações e financiamentos insuficientes.

Em meio a esta conjuntura, o presente trabalho tem como objetivo analisar a precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde em Fortaleza. A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, com base no método hermenêutico- dialético, observação simples, análise documental, entrevistas semiestruturadas com gestores e trabalhadores de saúde. Evidências revelam alterações significativas no processo de trabalho, instabilidade nos vínculos, intensificação e sobrecarga de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Trabalho; Precarização; Unidade de Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The precariousness of public services is manifested in various ways, through instability in the labor ties of professionals, absence of public tenders, outsourcing and insufficient financing. In the midst of this situation, the present study aims to analyze the precariousness of service of health and its implications in the work process in health in Primary Health Care in Fortaleza. The methodology used is qualitative, based on the hermeneutic-dialectic method, simple observation, documentary analysis, semi-structured interviews with managers and health workers.

KEYWORDS: Work Process; Precariousness; Unit of Primary Attention to Health.

1 | INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil é reflexo de um processo histórico, político, social e econômico que possibilitam a compreensão acerca do sistema vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as transformações e conquistas na sociedade brasileira pode-se destacar o movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 70, cujo lema era “Saúde: direito de todos e dever do Estado”, defendia o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde públicos.

Os serviços de assistência à saúde que antecederam o SUS eram hegemonicamente baseados nos serviços privados dominados pelas Santas Casas, consultórios médicos, pequenas clínicas e hospitais financiados com recursos públicos, destinados aos que tinham condições para custear; e/ou aqueles trabalhadores filiados à Previdência Social, os demais seguimentos da população ficavam a mercê da caridade e da filantropia.

Nesse processo, o Movimento pela Reforma Sanitária (RSB) teve papel preponderante na garantia do direito universal à saúde. Entre os avanços podemos destacar a aprovação da Carta Magna de 1988 e posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990, com a instituição do SUS.

A conquista do SUS surge em um contexto bastante adverso, com a crise do capital iniciada no final dos anos de 1970 e a crise do Estado de bem-estar social nos centros dinâmicos do capitalismo. Como alternativa, é colocado em prática o projeto neoliberal que prega a redução do Estado, principalmente, nas políticas sociais.

A saúde como um direito universal e igualitário sempre esteve em disputa e, mesmo com intensas resistências ao modelo privatista através da RSB, a Lei 8.080 expressa em seu Art. 21 “*a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*”. Assim o projeto neoliberal, que vem na contramão da universalidade dos direitos sociais, encontra respaldo legal para a expansão da privatização na saúde resultando assim em ataques a essa Política de Estado, gerando um subfinanciamento do setor e ampliando a precarização dos serviços de saúde.

Essa precarização dos serviços públicos apresenta-se de diversas formas: grandes vazios assistenciais e deficiência na infraestrutura, equipamentos e insumos nos serviços existentes; falta de pessoal e instabilidade nos vínculos trabalhistas, ausência de concursos públicos, terceirizações; e graves problemas de gestão e gerenciamento dos processos. Desde seus primórdios, o SUS enfrenta vários problemas para garantir serviços públicos de saúde resolutivos para todos.

Durante todo esse percurso, o princípio do SUS que mais avançou foi a descentralização, pois a ideia convergia para as propostas neoliberais (OLIVEIRA, 2006). A descentralização, na perspectiva da RSB, significava aproximar a gestão dos

serviços de saúde da população usuária para fazer avançar a democracia e o controle social. Para o projeto neoliberal, significava transferir responsabilidades para os municípios, sem transferir recursos para favorecer o crescimento da iniciativa privada com fins lucrativos, a filantropia e o voluntariado. Apesar do neoliberalismo, durante os 13 anos de governo do Partido dos Trabalhadores, podemos contabilizar avanços no SUS: ampliação da rede de serviços, melhoria nos processos de regulação e gestão do sistema e incentivos à formação profissional dos trabalhadores para o SUS (OLIVEIRA; VERAS; BRASIL, 2016).

Contudo, com o golpe parlamentar midiático com respaldo no judiciário em 2016, contra uma presidente eleita, representou um duro golpe na jovem democracia brasileira e nas possibilidades de redução das desigualdades que estavam em curso e na garantia dos direitos sociais. Especialmente, com a aprovação da PEC 241/55/2016, que congelou os gastos públicos durante vinte anos, tornou o subfinanciamento da saúde mais grave, representando uma grande ameaça aos direitos sociais estabelecidos na Constituição.

Em meio a esta conjuntura, o presente trabalho tem como objetivo analisar a precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza, bem como, descrever as diferentes formas de contratação dos trabalhadores da UAPS; caracterizar as rotinas dos trabalhadores e suas repercussões no atendimento aos usuários na unidade de saúde.

Este estudo apresenta resultados parciais da pesquisa “Organização das redes de atenção à saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da Atenção”, desenvolvida pelo Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará- UECE. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, CAAE nº 36453414.0.3002.5684, atendendo às normas emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

2 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho é de natureza qualitativa, com base no método hermenêutico- dialético, tendo em vista que na investigação e na análise do objeto, o pesquisador deve compreender as semelhanças e as diferenças em uma unidade ou totalidade parcial dos fenômenos e processos; apreender os modos de relacionamentos entre as instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial; revelar, na totalidade parcial em análise, as determinações específicas e gerais e as condições e feitos de sua manifestação (MINAYO, 2008).

Desta forma, em continuidade à pesquisa de campo, no período de junho a dezembro de 2016, foram realizadas observações simples e entrevistas

semiestruturadas na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Viviane Benevides, pertencente à Secretaria Regional V do município de Fortaleza. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas, com 10 profissionais (sendo 6 de Nível Médio e 4 de Nível Superior). Como se trata de pesquisa qualitativa, a amostragem é intencional, sendo selecionados os sujeitos que contenham os atributos relevantes para o estudo, de acordo com os critérios definidos no projeto de pesquisa, quais sejam: no caso dos trabalhadores de saúde, que prestam serviços a mais de dois anos na unidade.

3 | MODELO DE ATENÇÃO E A PROPOSTA DAS RAS

Um tema muito importante que emerge da luta do movimento de RSB para a garantia de um sistema público de saúde universal, equitativo e integral é a discussão sobre modelo de atenção, isto é, como organizar o SUS do ponto de vista político administrativo numa perspectiva macro e pensar o micro do processo de trabalho numa dimensão ética técnica e política.

Com a emergência do movimento sanitário, o setor saúde tornou-se um grande laboratório de experiências que serviram de referência para um modelo assistencial para o SUS, tais como os sistemas locais de saúde (SILOS); modelo em defesa da vida; as ações programáticas em saúde; o Programa Saúde da Família, que posteriormente, tornou-se estratégia de mudança do modelo de atenção, entre outros (TEIXEIRA, 2003).

A Constituição estabelece como diretriz que as ações e serviços do SUS devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada para promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação. No entanto, o processo de descentralização moldado pela municipalização, ampliou a fragmentação, que já era uma marca do sistema de saúde brasileiro. Somente, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 2001, é que o Ministério da Saúde começa a oferecer incentivos para estados municípios começarem a organizar a regionalização e as redes de atenção à saúde (RAS). É assim que as RAS emergem como inovação no âmbito organizativo do SUS nos anos 2000. Mas só normatizadas em 2010 pela Portaria 4.279, quando são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.2).

Dentro dessa estratégia, a Atenção Primária à Saúde e seu modelo no Brasil, a Estratégia Saúde da Família tem confirmada sua centralidade como responsável pela coordenação e ordenação do cuidado. Entretanto, as restrições financeiras das políticas públicas, provocadas pelo projeto neoliberal; as transições demográfica, nutricional e epidemiológica, caracterizadas, respectivamente, pelo crescimento

da população idosa; redução da desnutrição e aumento da obesidade; aumento da prevalência das doenças crônicas e da morbimortalidade por causas externas que coexistem com doenças infecciosas e parasitária; contribuem para a manutenção de desafios para a prestação dos serviços.

Contudo, essa nova configuração de saúde requer uma reestruturação operacional do sistema de serviços de saúde e práticas que correspondam a essa nova realidade, com ações intersetoriais que enfrentem os determinantes sociais do processo saúde-doença perpassados por questões decorrentes das desigualdades sociais. Essas constatações também são realizadas a nível internacional.

Nesse sentido, há um consenso em torno da necessidade de mudanças nos sistemas públicos de saúde, movidas principalmente, pelo crescimento elevado dos custos do setor. A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vêm comandando a formulação de propostas para o enfrentamento desses desafios, sugerindo a superação dos sistemas fragmentados para organização de sistemas integrados em rede.

Assim, com base em estudos internacionais, a OPAS elabora uma proposta para organização da Rede de Atenção à Saúde estruturada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que possui três componentes integrados e cinco níveis de intervenção (MENDES, 2011). Os componentes são: (i) a população, (ii) estrutura operacional, (iii) e o modelo de atenção à saúde. Os níveis são: (i) intervenções de promoção da saúde, (ii) intervenções de prevenção das condições de saúde, (iii) gestão da condição de saúde – condição crônica simples e/ou com fator de risco biopsicológico, (iv) gestão da condição de saúde – condição crônica complexa – e (v) gestão de caso (MENDES, 2011).

4 | PROCESSO DE TRABALHO NA APS EM FORTALEZA: MUDANÇAS E DESAFIOS

Para compreendermos a execução dos serviços nas unidades de atenção primária em Fortaleza, faz-se necessário atentar para os processos de trabalho, bem como as condições de atuação profissional. Nesse sentido, Antunes (2013), afirma que o trabalho é uma ação exclusivamente humana e os elementos deste são: a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios.

O referido autor ressalta ainda que o meio de trabalho seja uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, é que serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto; e o processo de trabalho refere-se à atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer necessidades humanas (ANTUNES, 2013 p.40).

Contudo, o processo de trabalho em saúde possui particularidades que precisam ser explicitadas. O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato que ocorre no espaço

intercessor entre o trabalhador da saúde e o usuário, cujo objeto é a produção do cuidado. Para produzir o cuidado os trabalhadores lançam mão dos meios, ou seja, das tecnologias (MERHY, 2014). Segundo Merhy (2014) as tecnologias podem ser duras – equipamentos, normas – leves duras – saberes que fundamentam o processo de trabalho – e leves – as relações que se estabelecem entre o trabalhador da saúde e o usuário.

O modelo preconizado para a Atenção Primária no Brasil tem como ação norteadora a Estratégia Saúde da Família e configura-se como relevante para sua execução os seguintes elementos: a definição de uma base territorial como área de atuação das equipes multiprofissionais, a necessidade de um diagnóstico desse território para o planejamento local das ações com participação da comunidade e a organização do processo de trabalho das equipes contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação. Esse trabalho, busca descrever as condições nas quais esse trabalho está sendo realizado na APS em Fortaleza.

Em 2013, após a mudança do gestor municipal, a secretaria municipal de saúde de Fortaleza contratou uma assessoria para implementar um novo desenho organizacional das redes de atenção à saúde a partir da APS.

Os primeiros passos na implantação do Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária foram direcionados à promoção do melhoramento na estrutura física das unidades; monitoramento e avaliação dos resultados; aumento da cobertura por equipes de saúde da família completas. O aumento foi de 33,15% em janeiro/2013 para 50,23% em janeiro/2016 (BRASIL, 2016).

Outras medidas implementadas: organização do programa de educação permanente em saúde com foco na qualificação dos gestores e das equipes de Atenção Primária à Saúde; implantação do Prontuário Eletrônico para auxiliar no monitoramento dos atendimentos e diálogo com os pontos da rede, o ponto eletrônico para os profissionais e sistema de vídeo monitoramento. Também contratou uma Organização Social para gerenciar e executar vários serviços nas UAPS, tais como: recepção dos usuários, compra e dispensação de medicamentos, coleta e realização de exames, e ainda, marcação de consultas e exames por meio do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), que substituiu os antigos SAME.

Tais mudanças ocorrem em meio a um processo de precarização nas relações de trabalho a exemplo, a terceirização dos contratos de trabalho, seleção pública por prazo determinado, transferência de parte da administração para uma organização social, reafirmando a tendência neoliberal, por meio da instabilidade dos vínculos empregatícios, desvalorização da força de trabalho e conseqüentemente, ocasionando o enfraquecimento da luta dos trabalhadores. Sobre isso Druck afirma que:

[...] a terceirização é uma das expressões mais significativas do processo de flexibilização do trabalho e de sua consequência principal: a precarização. São homens e mulheres “que vivem do trabalho” e que se tornam cada vez mais

descartáveis, flexíveis (adaptáveis) ou jogados a uma condição de “subemprego”. A terceirização se generalizou, difundindo-se para todo o tipo de atividade e levou consigo — como marca fundamental — a perda de direitos, a instabilidade, a insegurança dos trabalhadores (Druck, 2002 apud Azevedo, 2014, p.321).

No cenário de Fortaleza, como já citado, parte da administração dos serviços de saúde na APS foi transferida para o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), instituição privada sem fins lucrativos, primeira do Estado do Ceará a ser caracterizada como Organização Social da Saúde, através do decreto nº. 26.811/2002.

A mudança que teve foi o ISGH, essa empresa de terceirização ter vindo trabalhar juntamente com a SMS [Secretaria Municipal de Saúde]. Então ISGH é uma empresa terceirizada que foi contratada pela prefeitura para tá complementando os serviços que antes a gente tinha muita reclamação. E serviços que tem muito atendimento ao público. O ISGH quando entrou nas Unidades de Saúde para ser responsável pelo NAC (Núcleo de Atendimento ao Cliente), e o laboratório, que tinha muitas reclamações porque nem todos os postos tinham laboratório (P. 9)

Outras mudanças na gestão do trabalho: foi feito um novo cadastramento dos usuários das áreas adscritas com classificação de risco; houve alteração no horário de funcionamento das UAPS, que passaram a funcionar de 7 às 19 horas. E os trabalhadores das equipes de saúde da família passaram a atuar em turnos de seis horas. Foi implantado o serviço de acolhimento com classificação de risco, ou seja, todo usuário que chega a UAPS ele é recebido e avaliado pela enfermeira da equipe de acolhimento e dependendo da classificação de risco, ele é encaminhado para o médico ou para o NAC para agendar consulta. Diante das mudanças estabelecidas com o novo reordenamento da APS implementado através do serviço de acolhimento, o profissional 8 afirma que “esse modelo atual de acolhimento, que vem dizer “ah, é só isso”, não, isso deslocou mais a gente, eu não vejo mais meus hipertensos, meus diabéticos.

O acolhimento deixou algumas lacunas em relação a cobertura do território, uma vez que a inserção deste serviço não trouxe alteração no quadro de profissionais, ou seja, a mesma quantidade de profissionais que realizava visitas, fazia ações de promoção e prevenção agora, tem que atender a essa nova demanda.

A gente fica muito tempo dentro do posto. Eu só não to gostando dessa parte porque antes a gente passava muito tempo na nossa área e a gente fazia os programas do jeito que era pra ser feito. Eu via minhas gestantes todo mês, eu via meus hipertensos, eu via minhas crianças todo mês. Dava tempo! Com essa nova maneira de trabalhar, eu não consigo! E nenhum ACS consegue. Quem disser que consegue, tá mentindo. Porque a gente não consegue visitar. Eu tenho 88 hipertensos, eu não consigo visitar nem a metade deles. (P.5)

Outro entrevistado afirma que o acolhimento na UAPS dificulta a participação dos usuários em grupos de educação em saúde promovidos pelos profissionais, ou seja, o acolhimento viabiliza a consulta em detrimento das ações de educação em saúde, a facilidade da consulta, favorece a ausência de interesse dos usuários em relação às

informações essenciais que os mesmos poderiam receber para uma melhor qualidade de vida, de prevenção e promoção da saúde.

Então, acesso a acolhimento tem direto, só que o acolhimento tá trazendo o que? Os pacientes não fazem mais consulta. Ah, paciente não quer mais participar de um grupo de hipertensos, um grupo de diabéticos, um grupo de idosos porque quando precisa vai lá no acolhimento e é atendido. Então o acolhimento aqui no posto de saúde virou consulta, então eu acho que perdeu um pouco nisso. (P.7)

Uma evidência identificada é que essa organização do processo de trabalho fortalece o modelo biomédico, em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção da doença. O atendimento da demanda espontânea na APS é uma necessidade dos usuários que vem sendo suprida. Contudo, fica o questionamento sobre a efetividade da ação, quando se busca desenvolver a autonomia do usuário e o autocuidado sem ações de educação em saúde.

Outro desafio é a atenção aos usuários impossibilitados de locomoção até a unidade de saúde, pois além da limitação destes, há déficit de transporte institucional para as equipes se deslocarem até os domicílios. O profissional 8 afirma “a realidade hoje, específico, 2016, julho, a gente tem um carro, no turno da manhã, na terceira segunda-feira do mês pra visita, isso era alma do PSF, a visita. Eu conhecia minha comunidade”.

Outro ponto a ser destacado encontra-se no grande investimento da gestão municipal no incremento do novo sistema informacional nas UAPS, sendo este um dos principais traços da proposta em implementação, que possibilitou um melhor acompanhamento dos casos com o registro das informações no sistema e a organização do fluxo de marcação de exames. Contudo, tais mudanças apresentam-se com falhas.

Uma das queixas dos profissionais, que coincide com as dos usuários, refere-se à mecanização do atendimento, uma vez que ao focalizar as ações no registro de dados, inviabiliza o cuidado preconizado na ESF, fragilizando sua execução e dificultando as atividades dos profissionais ao sobrecarregar suas atribuições, como afirmado na fala a seguir:

Os agentes de saúde estão atolados aqui fazendo negócio de computador, de relatório num sei o que e não tão indo visitar, eu não tô visitando, entende o grau de descaracterização da essência do PSF? (P.8)

Outro profissional informa que na configuração anterior, o processo era dividido com outra equipe, agora encontra-se centralizado no posto, limitando suas ações ao interior da unidade.

E hoje tem muita coisa que a gente não fazia antes, como ficar no posto digitando cadastro [...] Antes tinha uma equipe que fazia todos os cadastros e mandava pra regional, lá fazia as digitações. Hoje em dia é diferente, o cadastro que eu faço, sou eu que digito (P.5)

Conforme o Trabalhador nº 6, a reorganização do fluxo de trabalho na unidade de saúde, por meio da agenda parametrizada, inviabilizou a realização dos trabalhos em grupo feitos na unidade, como também lamentou-se do desaparecimento da participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no serviço.

Depois que começaram a tentar colocar a agenda parametrizada não vi mais nada da presença de NASF. Antes tinha muito a presença do NASF aqui dentro, fazendo a parte de grupo de idosos com educador físico, eu não vejo mais. Por isso eu acho que desvinculou um pouco. (P.6)

Além disso, verifica-se ampla dependência de determinados profissionais com o uso de meios informacionais na realização de suas atividades, que se veem afetados cotidianamente com instabilidade do acesso ao sistema, uma vez que, frequentemente, o sistema fica “fora do ar”. Segundo o trabalhador nº 3

Constantemente tem problema. Existe problema em toda a regional. Todo dia sai fora do ar. a orientação que a gente dá é a gente anotar os dados do paciente, o exame.... [...] E que a gente vai ficar olhando e marcando, e vai ligar para dar o retorno para eles. Eu pego aqui o livro, vou olhando o nome e o procedimento. (P.3)

O mesmo também revela ausência de formação/treinamento profissional ao adentrar ao serviço, o que dificulta a oferta de um atendimento qualificado.

Eu fui de cara, não tive curso não, quando eu cheguei começaram a me ensinar, uma colega me ensinou e passou o serviço. Mas um curso não... agora no decorrer... depois... a gente teve dois cursos eu acho...cursos de... curso para ter um bom atendimento, essa coisas... mas de sistema mesmo não (P.3)

No que se refere à frequente escassez de insumos que são necessários para o atendimento aos usuários que procuram a UAPS pesquisada o profissional de saúde nº 7, ressalta que isso acaba inviabilizando e comprometendo a oferta de um serviço de saúde com qualidade e eficiência, pois não se consegue garantir a integralidade no atendimento.

Bem [...] um pouco ainda em relação a dificuldade de material, como a gente tá na base a gente acaba, as vezes ficando de mãos atadas né, em algum tipo de atendimento. Eu acho mais em relação à falta de atendimento quando, ou falta de insumo ou material [...]. (P.7)

Durante as observações foram constadas as frequentes reclamações dos usuários por falta de medicamentos e procedimentos cancelados por falta de insumos. Esses fatores possuem uma via de mão-dupla ao passo que, quando há o foco no modelo biomédico o cuidado recai no binômio saúde-doença gerando uma maior demanda pela medicalização da vida. Todavia, enfatizar que o fator “estilo de vida” perceptível através dos determinantes sociais na saúde são fundamentais para o olhar integral, ou seja, as ações de educação, promoção e prevenção no âmbito do SUS são basilares para que haja alterações significativas na situação de saúde da população.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aprecarização no mundo do trabalho compõe uma lógica do capital contemporâneo e tem repercutido intensamente nas políticas públicas. Desta é perceptível às manobras impostas pelo projeto neoliberal através de vínculos instáveis, contratos precarizados, sobrecarga das jornadas de trabalho entre outros. Esses fatores afetam a estabilidade dos trabalhadores e a formação de vínculo com os usuários.

Os processos de trabalho e os meios de trabalho devem ser analisados em sua abrangência, portanto, infere-se que as mudanças no modelo de atenção na APS, com a implantação do acolhimento com classificação de risco, em detrimento das ações de prevenção e promoção tem se apresentado como principal embate no trabalho das equipes de saúde da família. Essa reorganização da agenda dos trabalhadores da saúde gerou uma satisfação para o usuário que se sentiu contemplado com a atendimento da demanda espontânea, mas gerou a ausência de ações de educação em saúde e baixa assistência de visitas domiciliares. Essas nuances embora apresentadas como positivas por alguns gestores, precisam ser melhor investigadas quanto a repercussão na longitudinalidade do cuidado e no acompanhamento da população.

Ademais, em um cenário caracterizado por desestabilizações econômicas, o emprego das novas tecnologias não tem sido usado para aliviar a carga de trabalho e permitir uma maior liberdade dos trabalhadores, mas sim para impor uma maior exigência de tarefas técnico-burocráticas em detrimento da cuidado às pessoas em seu território.

Portanto, o atual processo de trabalho na ESF de Fortaleza, com relações de trabalho flexibilizadas e ausência de materiais básicos para a realização das atividades, acarreta uma atenção voltada a ações imediatistas, com ênfase no atendimento aos casos agudos, comprometendo a prevenção e a promoção de saúde, bem como a consolidação da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de; SANTOS, Lenir; RIBEIRO, Kelen Gomes . Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013

ANTUNES, Ricardo. **A dialética do trabalho**. Escritos de Marx e Engels . Ed. São Paulo: expressão popular, 2013.

AZEVEDO, Fernanda Caldas de. Consultoria empresarial de Serviço Social: expressões da precarização e da terceirização profissional. **Serv. soc. soc**, n. 118, p. 318-338, 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Portal da legislação. Disponível em <URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 de maio de 2014.

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 18 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde,** 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso 19 mar, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279- Anexo.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf> Acesso em: 09 maio 2014.

_____. **Qualificação Decreto Nº 26.811,** de 30 de outubro de 2002. Disponível em: <<https://www.seplag.ce.gov.br/images/stories/Planejamento/Cooperativo-Tecnico-Financeira/Contrato-de-Gestao/Qualificacao-Decreto-26811-de-30-de-outubro-de-2002.pdf>> Acesso em 19 de março de 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.p.549.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza Minayo. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 11ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, Lucia Conde.; VERAS, Vanessa Calixto; BRASIL, Camila Costa. Participação em saúde: reflexões com suporte nas experiências de Fortaleza. **O público e o privado,** n.27, p.59-78, jan./jun., 2016.

OPAS. **Redes Integradas de Servicios de Salud:** Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. Washington, D.C.: OPAS, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, vol. 27, nº 65, set-dez 2003. p. 257-277.

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Mayara Ceará de Sousa

Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza
Fortaleza – Ceará

Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

Universidade Federal do Ceará / Faculdade
Metropolitana da Grande Fortaleza
Fortaleza – Ceará

RESUMO: O trabalho discute os limites e possibilidades de atuação interdisciplinar no contexto da atual política de saúde mental, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial. Parte da premissa de que a interdisciplinaridade no contexto das equipes multiprofissionais é condição indispensável para a realização de uma atenção psicossocial que compreenda a pessoa com transtornos mentais em sua integralidade, enquanto sujeito de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Interdisciplinaridade, Saúde Mental, CAPS, Equipes Multiprofissionais..

ABSTRACT: The article discusses the limits and possibilities for interdisciplinary action in the context of the current mental health policy, particularly in mental health services. Assumes that interdisciplinary in the context of multidisciplinary teams is essential for the realization of a psychosocial care to understand the person with mental disorders in their entirety,

as a subject of rights.

KEYWORDS: Interdisciplinary, Mental Health, CAPS , multidisciplinary teams.

1 | INTRODUÇÃO

O interesse sobre o campo da Saúde Mental se deu a partir das experiências de estágio curricular em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual a observação e as vivências acerca da atuação profissional da equipe interdisciplinar possibilitaram reflexões acerca do trabalho coletivo e as dificuldades impostas à sua concretização.

Compreender de que forma essa integração profissional pode contribuir para a efetivação das políticas de Saúde Mental foi objetivo perseguido durante o levantamento bibliográfico direcionado por nossas inquietações, depreendidas das vivências na saúde mental. Assim, nos propomos a análise acerca da atuação interdisciplinar no contexto da atual política de saúde mental brasileira, em especial nos CAPS.

Para tanto, faz-se necessário percorrer brevemente os caminhos das políticas de saúde mental no Brasil destacando obstáculos e possibilidades da interdisciplinaridade em seu desenvolvimento.

2 | ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A loucura está presente na realidade do cotidiano humano há muito tempo¹. Todavia, os critérios de compreensão da normalidade têm variado durante a história, traduzindo-se em práticas de exclusão ou tentativas de reinserção do doente mental na sociedade. Mesmo antes de a loucura tornar-se uma questão para as discussões da medicina, ela já era refletida pela sociedade de ângulos diferentes a partir do senso comum. No aspecto religioso a loucura foi vista por um tempo como um sinal dos deuses e de profetas.

Foucault (1978) relata que a loucura e os loucos tornaram-se personagens notórios da cultura europeia no fim da Idade Média. Estes desempenhavam um papel indefinido e problemático, pois estavam paralelos à ameaça e ao deboche, o desvairado e o insignificante à sociedade. E no início da Renascença, a loucura passa a ganhar mais destaque.

Sua origem, sem dúvida, é bem remota. Mas ao final da Idade Média, ela assume uma superfície considerável: longa série de “loucuras” que, estigmatizando como no passado vícios e defeitos, aproximam-nos todos não mais do orgulho, não mais da falta de caridade, não mais do esquecimento das virtudes cristãs, mas de uma espécie de grande desatino pelo qual, ao certo, ninguém é exatamente culpável, mas que arrasta a todos numa complacência secreta. A denúncia da loucura torna-se a forma geral da crítica. Nas farsas e nas sotias, a personagem do Louco, do Simplório, ou do Bobo assume cada vez maior importância. (FOUCAULT, 1978, p. 18)

No Brasil não era diferente, as pessoas com transtornos mentais eram tratadas em manicômios, com a hospitalização e o asilamento do doente mental, pois acreditavam que era mais seguro e entendia-se que se estes permanecessem no convívio social poderiam oferecer riscos à segurança pública, à moral e aos bons costumes sociais. Os doentes mentais eram isolados e cada vez mais excluídos do convívio com a sociedade e com os próprios familiares. Assim, a prioridade era o isolamento e não o tratamento destas pessoas.

O hospício constituiu-se como um local de isolamento e contenção dos internos. A proposta terapêutica era o tratamento moral, compreendido como isolamento e vigilância dos doentes, organização do espaço terapêutico e distribuição do tempo. Quanto à instituição, caracterizava-se por seu fechamento em relação ao mundo externo. (GONÇALVES, 2008, p. 20)

Os primeiros passos para a atenção ao doente mental no Brasil foram dados ainda no século XIX, no ano de 1852 com a abertura do Hospício de Pedro II, no estado do Rio de Janeiro, que possuía um caráter higienista e que permanecia com a proposta de isolamento em favor de um controle político e social.

¹ Em seu livro “A história da loucura” Michael Foucault fala que “antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença”. (FOUCAULT, 1978)

O modelo hospitalocêntrico na assistência a pessoas com transtornos mentais do Brasil era inspirado no modelo europeu, onde a administração dos hospícios era feita pela Santa Casa de Misericórdia, recebendo forte influência da Igreja, pois estas eram dirigidas pelas irmãs de caridade. Nesse período, os hospícios funcionavam como um anexo da Santa Casa e somente após a Proclamação da República a administração passa a ser dos médicos. O Estado passa a responsabilizar-se pela assistência aos doentes mentais.

Até a década de 1950 no século XX, os planos oficiais do governo referentes à saúde mental estavam voltados para a saúde pública predominando as ações para o combate às grandes endemias. Após o golpe militar de 1964, com mudanças na saúde e previdência, a medicina previdenciária ganhou nova trajetória o atendimento psiquiátrico passou a ser conveniado à previdência privada e sua cobertura foi estendida aos trabalhadores e suas famílias. Com isso cresce o número dos hospitais psiquiátricos no Brasil devido a uma rede de hospitais privados com convênios com o poder público. Dessa forma, a loucura é vista como algo lucrativo para a iniciativa privada.

Até a metade do século XX, o modelo hospitalocêntrico é o que predomina em relação ao cuidado com as pessoas com transtornos mentais. Esse modelo de assistência tem como fortes características o isolamento da sociedade e da família e a reclusão das pessoas com transtornos mentais. Até que na segunda metade do mesmo século, surge na Itália críticas a esse modelo de assistência psiquiátrica e uma proposta de transformação nas instituições e nos tratamentos psiquiátricos. Todo esse movimento é incentivado por Franco Basaglia, um psiquiatra italiano que havia assumido a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. Basaglia fazia crítica ao modelo asilar e de isolamento dos doentes mentais e era a favor que estes voltassem ao convívio familiar e social propondo uma ideia de comunidade terapêutica.

As discussões e ideias incitadas por Basaglia influenciaram para o surgimento de outros movimentos importantes, como a Reforma Psiquiátrica, um grande marco na história da saúde mental no Brasil, capitaneada por profissionais da assistência psiquiátrica e familiares das pessoas com distúrbios mentais.

O movimento surge a partir do desenvolvimento da Reforma Sanitária em meados dos anos de 1970. Esse período é marcado por grandes movimentos no campo da saúde firmados em um contexto de redemocratização e no movimento de político-social do país que se sucederam no mesmo período.

Com a grande crise financeira que se instaurava no setor previdenciário nos anos de 1970, com as várias denúncias a respeito da política de saúde mental brasileira por causa da privatização da assistência psiquiátrica pela previdência social, com destaques sobre situação precária em que se encontravam os serviços psiquiátricos oferecidos à população, surgem os movimentos trabalhistas organizados pelos profissionais do campo psiquiátrico, manifestando-se a questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil com o intuito de mudar a prática da assistência psiquiátrica, que carregava fortes críticas

e questionamentos ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de gestão de saúde.

No fim da década de 1970 surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil a partir de movimentos sociais pelo direito dos pacientes psiquiátricos. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM era formado por pessoas que trabalhavam e que também eram integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, familiares, pessoas com problemas psiquiátricos já com extensa história de internações psiquiátricas. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. (VASCONCELOS, 2002)

A questão da desinstitucionalização não era somente o fechamento dos hospitais psiquiátricos ou a desospitalização, mas a criação de dispositivos de saúde substitutivos aos hospitais. Também nos leva a refletir sobre as relações sociais que nos institucionalizam e as desigualdades presentes na sociedade devido a uma cultura onde prevalecem os interesses e valores pessoais.

O movimento da reforma psiquiátrica buscava a ruptura com os paradigmas da época, buscava estruturar um novo olhar social para a loucura. Também desejava uma mudança no comportamento dos profissionais da saúde mental, era necessário um trabalho em equipe multiprofissional a fim de propiciar um trabalho coletivo e uma visão mais ampla dos doentes em tratamento.

Paralelo o desenvolvimento da reforma psiquiátrica que estava acontecendo, outros assuntos chegavam ao Brasil para serem discutidos. E a discussão sobre a interdisciplinaridade é um dos assuntos que foi trazido ainda na década de 1970 por Hilton Japiassú através da publicação do seu livro *Interdisciplinaridade e patologia do saber* (1976) que ganhou mais destaque nos campos da educação e posteriormente da saúde.

Ao compreender que a interdisciplinaridade possibilita a interação entre conhecimentos diversos que são necessários para atingir o homem em sua globalidade pode-se perceber o movimento de reforma psiquiátrica como um movimento interdisciplinar, pois nele estavam inseridas várias pessoas de categoria diferentes unindo e compartilhando saberes em busca de um mesmo ideal. E a interdisciplinaridade se tornará um assunto cada vez mais presente no setor da saúde mental a partir das mudanças no modelo assistencial trazidas pela reforma psiquiátrica.

O próprio movimento de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica foi um grande desafio percorrido pela saúde mental no Brasil. Com tantas lutas, grandes foram as conquistas de direitos para as pessoas que sofrem com transtornos mentais. O maior desafio não era retirar essas pessoas dos manicômios e hospitais psiquiátricos, mas reformular todo um modelo de assistência prestado à essas pessoas, além de desmistificar a imagem que se tinha dos “loucos” e o papel que estes ocupavam no âmbito social.

Os desafios postos para a saúde mental no Brasil extrapolam a esfera das investigações acerca do processo saúde-doença e dos encaminhamentos terapêuticos que objetivam ampliar a qualidade de vida da população usuária dos serviços. Discutir as ações dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde mental parece um desafio longe de ser esgotado, uma vez que ainda não rompeu com a fragmentação da ciência, fruto da herança positivista. (RIBEIRO, 2011)

O período entre os anos de 1980 e 1990 foi marcado por algumas conquistas e mudanças nos serviços de saúde mental oferecidos à população. Nesse período foi organizada a Assembleia Nacional Constituinte para discutir e propor políticas públicas, dentre elas a do Sistema Único de Saúde (SUS), confirmada na Constituição Federal, promulgada em 1988 – a *Constituição Cidadã*, que promoveu a conquista de direitos significativos para a população brasileira. Em 1990 foi promulgada a lei federal nº 8.080/90, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Por meio do Projeto de Lei Paulo Delgado, em 1992 aprovam-se em alguns estados brasileiros as primeiras leis que determinam as mudanças das internações psiquiátricas para um atendimento integral de atenção à saúde mental. Mas foi somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país como a Lei Federal nº 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que possuem problemas mentais. A aprovação da lei nº 10.216 compõe mais um avanço histórico oriundo de todas as lutas baseadas em todo o Movimento de Luta Antimanicomial.

A atenção pública à saúde mental no Brasil é atualmente voltada à implantação de projeto político originado pela reforma psiquiátrica, com a desconstrução do modo de gestão centrado no hospital psiquiátrico e construção de um “modelo em rede”, ou modelo integral. A aprovação da Portaria Ministerial da Saúde criou em 09/09/2002 a figura orçamentária e organizacional do CAPS e estabeleceu medidas governamentais que permitiram a instauração do atual modelo de atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2005).

O CAPS deve oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer exercício dos direitos civis, fortalecimento de laços familiares e comunitários, dentre outras ações práticas e eficazes.

Seus principais objetivos são: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidados clínicos eficientes e personalizados; promover a inserção social dos usuários mediante ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica através dos PSF e PACS; coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no território; e manter atualizada a listagem dos pacientes que utilizam

Para o desenvolvimento das atividades de acolhimento, encaminhamentos e intervenção terapêutica, uma atuação interdisciplinar faz-se necessária, considerando-se os diversos saberes envolvidos na construção das políticas de saúde mental. Diante deste imperativo, debruçar-nos-emos sobre a interdisciplinaridade e suas interfaces com a saúde mental a seguir.

3 | A INTERDISCIPLINARIDADE COMO UMA EXIGÊNCIA NO TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE MENTAL

O movimento da reforma psiquiátrica trouxe propostas de mudanças no modelo assistencial e na atuação dos profissionais no campo da saúde mental. A partir do movimento as equipes passaram a ter destaque e tornaram-se relevantes para que se conquistassem os objetivos colocados através da integralidade das ações profissionais e a interdisciplinaridade passa a ser usada como uma estratégia para se obter essa interação profissional. No entanto, os profissionais se deparam com algumas dificuldades que limitam a execução de um trabalho interdisciplinar. Em contrapartida, para que se desenvolva um trabalho interdisciplinar é necessário que se atendam algumas exigências que proporcionam a confiança de um trabalho qualificado.

Japiassu (1976) nos mostra quatro tipos de obstáculos que são postos ao interdisciplinar, apresentados por G. Gusdorf: *a) obstáculo epistemológico*: uma vez que uma disciplina se emancipa da filosofia, esta se reparte em setores autônomos. E dessa forma o especialista perde a noção de conjunto. *b) obstáculo institucional*: as instituições consagram suas disciplinas e a separação do seu saber, que leva a uma espécie de esclerose do pensamento – Entesouramento / Capitalismo Epistemológico; *c) obstáculo psicossociológico*: o espaço intelectual também se divide em compartimentos, guetos universitários, no qual o especialista transforma sua especialidade em sua fortaleza; *d) obstáculo cultural*: separação entre as áreas culturais / hermetismo da linguagem.

Baseando-se nos estudos feito por Japiassu sobre a interdisciplinaridade, Vasconcelos (2002) faz sua própria análise e conceituação sobre a temática e voltando-se para o campo das práticas em Saúde Mental. Apresenta sua compreensão da interdisciplinaridade estrutural, havendo reciprocidade e relações de poder horizontais que proporcionam um enriquecimento entre os campos aplicados. Ainda prossegue com a ideia de identificar os graus de cooperação entre as disciplinas também sobre a ótica da prática em saúde mental.

[...] as práticas interdisciplinares autênticas tendem, quando prolongadas no tempo, para a criação de campos de saber, teóricos ou aplicados (como é o caso do próprio Serviço Social em seu processo de constituição), e até mesmo

disciplinares, como a psicologia, a psicolingüística, a etnopsiquiatria. Muitas das práticas que venho conhecendo em serviços de saúde mental brasileiros, que se inspiram na proposta de desinstitucionalização feita pela Psiquiatria Democrática italiana, possuem várias características básicas de interdisciplinaridade, na acepção usada aqui. (VASCONCELOS, 2002, p. 47).

O autor relata que a *multidisciplinaridade* ou *multiprofissionalidade* pode ser vista nas atividades ambulatoriais convencionais, onde os trabalhos de profissionais de campos diferentes são desenvolvidos de forma isolada sem cooperação e troca de informações. Identifica a prática pluridisciplinar nas reuniões clínicas, onde são feitas discussões de caso. É diferente da multidisciplinaridade, nessa prática há troca de informações entre os profissionais.

Vasconcelos ainda nos mostra a *interdisciplinaridade auxiliar* que pode ser visualizada em materiais teóricos onde contém informações sobre mais de uma disciplina. Por exemplo, um manual de psiquiatria também pode conter informações de outra especialidade, como a psicologia. O autor nos relata que “dentro de um quadro de relações de poder muito desiguais entre as diversas corporações e disciplinas, muitas das práticas usuais de colaboração entre profissionais na saúde acabam sendo auxiliares” (VASCONCELOS, 2002).

Ampliar as possibilidades de uma “unidade de saber” que possibilite a capacidade de “decifrar o todo”, mediante respeito entre os profissionais e o compartilhamento de seus saberes, numa perspectiva dialógica que amplie visões parciais e dicotomizadas dos sujeitos envolvidos no processo, é o principal desafio para equipes em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. (RIBEIRO, 2011)

Por tanto, a interdisciplinaridade vai além da integração entre teoria e prática, ela busca a conexão entre conhecimentos, respeitando as diferenças e especificidades de cada profissional, através da pluralidade, busca preencher as lacunas deixadas pela execução de um trabalho isolado das profissões em torno de um mesmo propósito. De acordo com Fazenda (2002), a interdisciplinaridade precisa do engajamento pessoal de cada um:

É necessário, portanto, além de uma interação entre teoria e prática que se estabeleça um treino constante no trabalho interdisciplinar, pois interdisciplinaridade não se ensina, nem se aprende, apenas vive-se, exerce-se. Interdisciplinaridade exige um engajamento pessoal de cada um. Todo o indivíduo engajado neste processo será não o aprendiz, mas, na medida em que familiarizar-se com as técnicas e quesitos básicos o criador de novas estruturas, novos conteúdos, novos métodos, será motor de transformação, ou, o iniciador de uma feliz liberação. (FAZENDA, 2002, p.56)

Vasconcelos (2002) relata que muitas das características básicas de interdisciplinaridade podem ser vistas nas práticas em serviços de saúde mental brasileiro. Acredita que a convivência interdisciplinar entre múltiplas áreas de conhecimento não interfere na autonomia nem na criatividade destas. Assim, reflete

sobre o convívio de diferentes saberes em saúde mental:

A proposta de interdisciplinaridade convive na prática com uma “sombra” espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais socioculturais muito fortes, que impõem barreiras profundas à troca de saberes e práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis. (VASCONCELOS, 2002, p. 53)

O autor nos atenta para algumas manifestações, que segundo ele, são adversas ao caminho interdisciplinar na esfera da saúde mental no Brasil. Segundo ele “[...] no campo da saúde mental no Brasil, assistimos a várias tentativas de “usurpar” competências de “imperialismo” entre as profissões [...]” (VASCONCELOS, 2002, p. 53). Cita como exemplo o caso da “briga” entre os conselhos de psicologia e de serviço social pelo privilégio no campo da terapia com famílias. Também salienta que esse tipo de “atrito” não ocorre apenas com profissões diferentes, mas também dentro de uma mesma profissão devido a existência de grupos com diretrizes teórico-técnicas distintas.

Enquanto espaço de promoção da saúde mental, os CAPS impõem às equipes uma busca pela atuação interdisciplinar. É um campo de saberes com limites e possibilidades e é no contexto destas ambiguidades que encontramos a potencialidade para desenvolvimento de práticas interdisciplinares. O trabalho interdisciplinar mostra-se essencial em um Centro de Atenção Psicossocial, para que os profissionais possam construir um projeto terapêutico² com qualidade para os usuários do CAPS de forma a atender as necessidades percebidas pela equipe profissional visando não só a reabilitação do doente, mas o envolvimento de seus familiares com o projeto já que a aproximação e o reconhecimento com a família e o meio social foi uma das grandes reivindicações trazidas pela reforma psiquiátrica.

A proposta trazida pela interdisciplinaridade não é a de revogar os modos de poder que cada saber suporta, mas sim a de requerer a possibilidade de compartilhá-lo. Refere-se a não omitir um poder/saber próprio, mas sim a transformá-lo acessível e compreensível entre todos. Essa dinâmica torna-se essencial para o processo de reestruturação de todo o método de conhecimento e cuidado em saúde mental.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do movimento de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial todo o sistema de assistência e cuidado às pessoas com transtornos mentais foi modificado. Mas com as mudanças vieram novos desafios e obstáculos a serem superados. Ao mesmo tempo em que a interdisciplinaridade aparece para as práticas em saúde

² Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

mental como uma estratégia de transformação entre as relações profissionais e com os usuários para a superação do modelo tradicional de atuação, baseado em uma responsabilidade individual entre os profissionais, também mostra-se como um grande desafio a ser superado devido aos conflitos existentes entre as diversas disciplinas, originados dos próprios processos de formação e de heranças do pensamento fragmentado.

Percebemos que a realização de um trabalho interdisciplinar ainda hoje acontece de forma voluntária por parte dos profissionais, que por muitas vezes acabam por confundir do que se trata uma ação interdisciplinar, talvez pelo fato de que ainda hoje a interdisciplinaridade não possui uma concepção definida. Alguns compreendem-na apenas como uma realização de ações conjuntas entre disciplinas diferentes.

O comprometimento dos profissionais em estabelecer uma prática interdisciplinar é de suma importância para que se desenvolva a aplicação de um atendimento rico, que possibilita a inovação da assistência e da troca de saberes e experiências. Mas para a concretização desse trabalho é necessário algo além da vontade da equipe multiprofissional de construir projetos através de uma prática coletiva. É fundamental um apoio institucional que possibilite a realização do trabalho integrado entre as disciplinas disponibilizando espaços para que se coloquem as discussões e possibilitando a autonomia e criatividade dos profissionais. Esses são fatores que podem interferir ou viabilizar as ações interdisciplinares.

A partir desse estudo identificamos concepções sobre a interdisciplinaridade através da ótica dos profissionais inseridos dentro do campo da saúde mental e percebemos que a prática interdisciplinar é desenvolvida e composta através dos processos de trabalho. Nem sempre uma ação interdisciplinar é desenvolvida e aceita de forma harmoniosa entre os profissionais, pois alguns ainda estão retidos ao modelo de assistência tradicional e mais centralizado, caracterizado por ações individuais, o que dificulta a realização de um trabalho integrado em equipe. Para uma atitude interdisciplinar é necessário o respeito e o reconhecimento recíprocos entre os profissionais e a troca de saberes e experiências entre a equipe.

Ao perceber os limites para o desenvolvimento desse trabalho a partir da análise da realidade do cotidiano profissional, pretendemos no exercício profissional manter reflexões acerca do trabalho interdisciplinar, promovendo práticas que objetivem sua construção. As reflexões aqui postas constituem uma modesta contribuição para debate e novas pesquisas, que podem confirmar o exposto ou trazer novos elementos, considerando-se a transitoriedade da própria ciência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2011.

FAZENDA, Ivani C Arantes. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 18. ed. São Paulo: Papyrus Editora, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GONÇALVES, Lilian. **INTEGRALIDADE E SAÚDE MENTAL**. Sorocaba - SP: Editora Minelli, 2008. 72 p.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MATEUS, Mário Diniz (Org.). **Políticas de Saúde Mental**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia?** *Saúde e Sociedade*. Dez 1994, vol.3, no.2, p.42-63.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petropolis: Vozes, 2004.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima. **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV do Município de Fortaleza**. 2009. 144 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação em Políticas Públicas e Sociedade, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

RIBEIRO, Herta M. C. B. O Serviço Social e o desafio da interdisciplinaridade na Saúde Mental: um enfoque no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Imperatriz – Maranhão. In: **Políticas de Saúde e Serviço Social: ambiguidades e possibilidades**. Fortaleza: EdUECE, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Sâmia Luiza Coêlho da Silva

Mestra e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí - UFPI, realizando pesquisa na área de Saúde Mental no Âmbito dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Membro suplente da Diretoria do Conselho Regional de Serviço Social 22ª Região. Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2001). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO: O presente artigo desenvolve uma análise dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) que se configuram como resultantes de políticas desenvolvidas a partir do Movimento de Luta Antimanicomial, o qual teve início no Brasil no final da década de 70 do século passado. Tal trabalho busca articular a história da política de saúde mental com o SRT, ressaltando a importância do rompimento com a lógica manicomial para reconstrução de identidades num processo de reabilitação psicossocial para afirmação da cidadania das pessoas com transtornos mentais (PCTMs) que fazem parte desses serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Serviço Residencial Terapêutico; Pessoas com

Transtornos Mentais; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT: The article provides an analysis of Therapeutic Residential Services (TRS) which act as resulting from policies developed from the anti-asylum movement, which began in Brazil in the late 70s of last century. This work seeks to articulate the history of mental health policy with the TRS, emphasizing the importance of breakup with asylum logic for reconstruction of identities in a process of psychosocial rehabilitation for statement citizenship of People With Mental Disorders (PWMDs) forming part of these services .

KEYWORDS: Psychiatric Reform; Therapeutic Residential Service; People with Mental Disorders; Psychosocial Care.

1 | INTRODUÇÃO

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira a saúde mental passa a mudar gradualmente de um modelo hospitalocêntrico para um modelo comunitário de atenção diária, em que as práticas profissionais realizadas no espaço do manicômio, embasadas pela psiquiátrica clássica, passam a ser modificadas. O enfoque biológico, psiquiatrizante, que prioriza a doença como foco de assistência no hospital, dá lugar à qualidade, produção e reinvenção de vida nos serviços substitutivos em saúde mental. O que

é colocado em destaque são as condições de reprodução da pessoa com transtorno mental e suas relações sociais, marcadas pelo estigma e segregação, ou seja, violação de direitos.

O paradigma da psiquiatria tradicional é questionado e passa a coexistir com o conceito da atenção psicossocial, entendida como um conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades dos sujeitos, mediada pela inserção na sociedade, em que as pessoas com transtornos mentais são reconhecidas como sujeito de direitos e a luta se volta para a construção de uma nova relação entre a sociedade e as mesmas (AMARANTE, 1995).

Nessa concepção, é através da construção de um novo olhar sobre a pessoa com transtorno mental e seu lugar social, que emerge um cuidado diferenciado que busca ultrapassar as barreiras impostas pelo estigma social, que as pessoas com transtornos mentais (PCTMs) tendem a ser reinseridas na comunidade, como aborda Oliveira (2008), mesmo que esta não seja a sua de origem, mas onde elas possam circular e reconquistar espaços no retorno à vida em sociedade, conquistando o direito à cidade, seus direitos civis.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) surge em meio a estas estratégias como um dispositivo para acolher os egressos de hospitais psiquiátricos, com mais de 2 anos em vida institucional, e que sofreram todos os efeitos perversos da vida institucionalizada, ou seja, falta ou ruptura de suporte social e/ ou familiar, perda de competências sociais para o convívio social e que não apresentam condições de garantia de um espaço adequado de moradia.

Ressocializar, reinvestir na vida dessas pessoas para com as quais o Estado, através das políticas segregadoras, passou a ter uma dívida social, resgatar a autonomia possível desses sujeitos e incentivá-los a assumir uma posição de agentes ativos de produção de vida são objetivos do SRT que age como um espaço privilegiado que possui uma atuação territorializada, o que significa dizer que assume completa responsabilidade pelas questões relativas à atenção aos transtornos mentais psíquicos e de mal estar dos sujeitos em sua sociabilidade no território (BRASIL, 2005).

Nesse contexto de mudanças e práticas é que objetivou-se abordar os Serviços Residenciais Terapêuticos como uma expressão da Luta Antimanicomial, visto que são resultantes de políticas desenvolvidas através desse movimento e apresenta como principal meta o retorno do usuário de saúde mental à sociedade para que se possa desenvolver sua autonomia fora do nosocômio.

O objetivo deste artigo se encontra em realizar uma análise dos Serviços Residenciais Terapêuticos a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, em que esses dispositivos se constituem como de importância significativa para as pessoas com transtornos mentais (PCTMs) já que se comportam como serviços que representam uma possibilidade de afirmação da cidadania plena, diante da desinstitucionalização desses PCTMs, buscando um retorno à vida social e comunitária pela perspectiva de ressocialização, reintegração e habilitação social dessas pessoas.

2 | REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: INFLUÊNCIAS, PERSPECTIVAS E CAMINHOS PERCORRIDOS.

Segundo as concepções de Amarante (1995), o Movimento da Reforma Psiquiátrica contribuiu significativamente para mudança na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, levando a um repensar nas formas de cuidado e relações sociais das PCTMs.

Nessa perspectiva, antes de se configurar tal movimento, faz-se necessário realizar uma “viagem” nos caminhos e descaminhos percorridos pela loucura, para que se possa desnaturalizar as concepções e refletir acerca das práticas que são realizadas atualmente na assistência às pessoas com transtornos mentais (PCTMs).

Tal ideia pauta-se na revelação de que tanto a loucura quanto os modos de responder a ela emergem de determinados contextos sociais, ou seja, a loucura é um fenômeno histórico e social e possui as marcas da sociedade em cada momento histórico, sendo pensada como bênção divina (Antiga Grécia), possessão demoníaca (Idade Média), até ser apreendida, no final do século XVIII, como objeto da psiquiatria, isto é, como doença mental (FOUCAULT, 2004), dando início à época, que ficou conhecida, como período das grandes internações manicomiais, onde os hospitais psiquiátricos e asilos tinham a função de retirar, das ruas, aqueles sujeitos que trouxessem desordem social, ou seja, mendigos, prostitutas, vagabundos e “loucos” que, após serem segregados, eram submetidos a tratamentos desumanos, como eletrochoque, insulino-terapia, lobotomia e torturas, sendo esses considerados procedimentos de cura até os anos 1950 do século passado.

Então, o que predominou foi à compreensão da doença mental como o desvio das normas sociais, que quebra os padrões vigentes de comportamento social, razão pela qual o sujeito é rotulado como doente, “louco,” com a presunção, no Código Penal Brasileiro, da periculosidade social e incapacidade para a vida social e para o trabalho, ou seja, os “loucos” eram considerados um impasse ao desenvolvimento econômico das cidades (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Com o surgimento das instituições asilares, no período das grandes internações psiquiátricas passa-se a haver a medicalização da loucura, isto é, sua transformação em uma doença tratável pela medicina que coincide com a adoção do confinamento como uma forma de terapia, onde, a psiquiatria, tendo como pano de fundo o discurso terapêutico, exerce sua principal tarefa: a de controle social gessado (RUSSO, 2002).

De acordo com Silveira; Santos Júnior (2011), gessado sim, pois, como resultado de sua prática, cria-se o rótulo de doente mental, onde os sujeitos que são batizados com ele, deixam de fazer parte de uma classe social e econômica e assumem, de forma vitalícia, o título de “louco”, de modo que, mesmo após anos e anos de tratamento no

hospital psiquiátrico, entende-se que não há retorno à normalidade.

Para Pinel, precursor da prática médica psiquiátrica, segundo os autores acima citados, os manicômios eram locais apropriados para analisar a doença mental, em que o mesmo determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral, “libertando-os” das correntes, e construindo os primeiros tratados médicos onde são descritos e classificadas as patologias mentais.

Ao perceber a doença mental a partir da classificação de Pinel, como destituída da razão, o indivíduo perde o seu direito ao livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade conferida pela própria Declaração dos Direitos Humanos, pela Revolução Francesa e pela base do Estado de Direito como aborda Birman (1992), o qual afirma que “todos têm direitos iguais perante a constituição”. Desse modo, se o indivíduo não é livre, conseqüentemente não é cidadão (AMARANTE, 1995). O lugar social das PCTM se restringe ao hospital psiquiátrico, que se transforma num misto de lugar da terapêutica e de moradia, tornando-se uma pessoa tutelada pelo Estado, que assume a provisão de suas necessidades básicas para sobrevivência, mas suprime seus direitos civis (BOBBIO, 1992).

Nesse processo, se por um lado, o surgimento da psiquiatria propõe uma finalidade terapêutica, por outro, cumpre uma função de normatização do espaço social mediante os dispositivos psiquiátricos tradicionais (hospitais psiquiátricos), ou dos modernos psicofármacos, que permitem uma outra forma de controle social das pessoas que desviam da norma, portanto, o foco central do tratamento psiquiátrico convencional é o controle social por meio do sistema hospitalocêntrico (DALMOLIN, 2006).

Contudo, a eficácia desse modelo hospitalocêntrico e médico/ psiquiátrico centrado passa a ser substituído, a partir das conseqüências nefastas da Segunda Guerra Mundial, sendo os hospitais psiquiátricos de então equiparados aos campos de concentração nazistas, sendo denunciados os seus processos concentradores de poder e de violação de direitos humanos. Mas, é apenas na década de 60, que emergem as experiências as distintas tradições desinstitucionalizantes inglesa, francesa, norte americana e italiana, em que as análises apontam para uma crise do sistema psiquiátrico, que além de não intervir na qualidade de saúde dos internos, era, segundo seus críticos, o produtor e mantenedor do adoecimento, responsável pelo alto índice de mortalidade e cronificação dessas pessoas, gerando inúmeras incapacidades sociais.

É inserido neste contexto que se destaca a figura do italiano Franco Basaglia (1991) que considerava o hospital psiquiátrico/ manicômio uma experiência opressiva e trágica, um espaço rígido onde todas, ou quase todas, as dimensões da vida eram controladas por uma autoridade e, portanto, precisavam ser confrontadas entre os componentes da comunidade no cotidiano. Em decorrência dos seus pensamentos, cria-se o Movimento de Reforma Psiquiátrica italiana ou “Psiquiatria Democrática

Italiana”, um exemplo de sucesso a ser seguido na luta contra a assistência psiquiátrica meramente hospitalar (HIRDES, 2007).

O Brasil, em particular, orientou sua Reforma Psiquiátrica inspirando-se na experiência italiana, de reversão dos hospitais psiquiátricos por dispositivos inseridos e articulados socialmente, com o intuito de alcançar a reinserção socioeconômica e cultural das pessoas com transtornos mentais e de reestruturar as práticas de cuidados despendidas a essas.

O início da Reforma, no Brasil, ocorreu com a “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental) em 1978, na qual consolidou-se através de denúncias por profissionais residentes de medicina sobre as situações precárias dos hospitais, trabalho e a impossibilidade de tratamento digno aos pacientes com transtornos mentais. Organizaram-se núcleos de saúde mental, sendo criado o MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, com solicitação de formação de recursos humanos; política salarial adequada; mudança nas relações entre instituição, clientela e profissionais; modelo com condições de tratamento digno (AMARANTE, 1995). Os trabalhadores da saúde mental ao lutar por melhores condições de trabalho acabaram por expor e denunciar as várias violações de direitos humanos das PCTM na realidade assistencial do país.

Legalmente, o processo da Reforma se dá com a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, o qual propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (PCTMs) e a progressiva substituição dos manicômios no país. Entretanto, foi somente depois de doze anos de tramitação pelo Congresso, que veio a aprovação, sendo transformado na Lei 10.216, em 6 de abril de 2001, a qual ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta garante o processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial (BRASIL, 2001).

Conforme Amarante:

[...] reforma psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. É o reconhecimento dos direitos individuais, uma nova consciência e um novo olhar sobre o significado de cidadania, que favoreceram as reivindicações por liberdade e reavivaram o interesse por problemas sociais e de saúde (AMARANTE, 1995, p.73).

Para a execução da Reforma Psiquiátrica, edificar-se e efetivar-se na prática da não-exclusão, nos caminhos da desinstitucionalização, é preciso reconhecer a PCTM como sujeito de direitos e deveres, pressupondo mudanças culturais e subjetivas na sociedade, quebrando a visão dogmática em relação à loucura (AREJANO; PADILHA; ALBUQUERQUE, 2003).

Amarante (1996) informa que o norte da desinstitucionalização assumida no contexto brasileiro, baseada na tradição basagliana, se situa na vertente da desconstrução de todo aparato que sustentou a psiquiatria tradicional. Por sua vez,

Saraceno (1999) define atenção psicossocial como sinônimo de cidadania, informando que 3 eixos de intervenção, isto é, mudança efetiva, a suportam: 1) o morar; 2) o trocar identidades e 3) a produção de valores que a sociedade valoriza.

Como enfatiza Saraceno (1999), o morar é um indicador importante na operacionalização da atenção psicossocial, pois expressa o nível de apropriação e poder contratual da pessoa com o seu meio ambiente e com a cidade de modo geral, haja vista no manicômio apenas poder estar, sem se apropriar, ter uma relação de poder com os bens e espaço de seu entorno. Para o autor “estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço do indivíduo (...) que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico” (p. 114). Neste espaço ocorre a mortificação de seu eu (GOFFMAN, 1992). Na sua moradia tem a possibilidade de habitar, ou seja, ter uma relação de poder e propriedade com seu entorno.

O morar fora do espaço hospitalar/manicomial é ainda fator importante na mudança de identidade, pois permite a multiplicação da mesma, como morador, vizinho, amigo, residente, colega de quarto, dentre outras, preservando a imagem social da pessoa, conforme princípios da Constituição Federal de 1988, que no modelo manicomial é limitada a “paciente, doente, incapaz, delirante”.

A produção de valores que a sociedade preza – na definição de Saraceno (1999: p. 126) “produzir e trocar mercadorias e valores” – remete para ações de geração de emprego e renda, como os propiciados pelas ações da Economia Solidária, através dos empregos protegidos, cooperativas de trabalho, dentre outras, e Programas de Volta para Casa que permite uma renda para garantir a manutenção da PCTM, fortalecendo seu poder nas trocas sociais.

Na reversão do modelo brasileiro de atenção à PCTM os Serviços Residências Terapêuticas ganham lugar estratégico ao priorizar um segmento considerado pelos padrões capitalistas como desinteressante para a produção, “inimpregáveis”, pois, no geral, associam os resíduos negativos de uma longa vida institucionalizada; a “cronicidade”; à velhice e algumas vezes, ao retardo mental/ déficit cognitivos; deficiências físicas/ mentais ao fato de terem cometido um homicídio (caso das pessoas em medida de segurança, pessoa que cometeu ilícito penal), no cerne de uma atenção a um grupo invisível socialmente para com a qual o Estado brasileiro tinha uma dívida social impagável.

3 | SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: UMA DEMANDA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, como mencionado anteriormente, buscado pela Reforma Psiquiátrica, vem sendo

concretizado, nos últimos anos, com a criação de dispositivos substitutivos para a atenção psicossocial e de mudanças nas políticas e programas no âmbito federal que, em conjunto, vêm possibilitando uma desospitalização e reintegração das pessoas com transtorno mental na comunidade.

Tais mudanças trouxeram novas demandas dentro das políticas de saúde mental. Uma delas seria o que fazer com os “pacientes” que se encontravam em períodos longos de internações e que, parcial ou totalmente, tinham perdido o vínculo familiar e, dessa forma, se transformaram em moradores dos hospitais. Estas transformações, segundo Moreira (2007), ainda em processo, exigem tanto rupturas conceituais e valorativas sobre a denominada loucura, quanto altos investimentos políticos/econômicos – antes praticamente inexistentes – na conformação de outras formas de cuidado e convivência com um número expressivo dessa população existencialmente excluída por uma política de confinamento.

É nesta direção que a problemática da “moradia” apresenta-se premente, principalmente para aqueles que permaneceram internados por longos períodos e carregam as pesadas seqüelas deste confinamento.

Segundo as ideias de Vasconcelos (2001), as primeiras Residências Terapêuticas surgem na Itália (Trieste) na década de 1970, como estratégia da desinstitucionalização, que se efetivaram somente após 1976. Durante o período de 1971 a 1976, ocorreu uma intensa campanha para obtenção de pensões, aposentadorias e aprovação de subsídios sociais. Inicialmente esse projeto de residência previa a reestruturação de prédios dentro do complexo hospitalar, organizando apartamentos, e, num segundo momento iniciou-se o processo que levaria os internos a residir em apartamentos na comunidade, sendo liberado recursos financeiros para comprar ou alugar casas e/ou apartamentos.

No Brasil, com a portaria GM nº 106, de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, era inserido no Sistema Único de Saúde um novo dispositivo, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e que, atualmente, também se encontra regido pela portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece a divisão destes serviços em tipo I e II, para viabilizar os cuidados com esses pacientes que se encontravam segregados e com parca qualidade de vida. Além disso, existe ainda a portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012, que define mecanismos para operacionalização dos procedimentos específicos para acompanhamento em SRT de pessoas com transtorno mental e internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, inseridas em processos de desinstitucionalização.

Nessa perspectiva, os SRTs, conforme definição do SUS, são casas localizadas no espaço urbano, destinadas à reabilitação desses pacientes na comunidade, com o objetivo de reconstruir os vínculos sociais perdidos e se caracterizam por constituir elementos físico-funcionais, em que cada moradia deve abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum (FURTADO,

2006).

A implantação de residências terapêuticas, segundo Moreira (2007), já vem ocorrendo há alguns anos com modalidades diversas de acordo com as distintas culturas e realidades norteadoras das políticas públicas de saúde em diferentes países.

Vasconcelos (2010) explicita alguns esquemas utilizados na criação de diferentes modalidades residenciais: (a) adaptação de casas internas ao ambiente hospitalar com a criação de espaços privados nas acomodações antigas; (b) reinserção comunitária através de habitação em famílias adotivas; (c) casas coletivas montadas na comunidade; (d) serviços integrados a um serviço aberto; (e) comunidades terapêuticas e outros esquemas individuais no mercado privado de moradias. O autor registra, assim, uma gama de diferentes dispositivos residenciais como estruturas individuais e coletivas, quartos de hotéis e pensões, famílias substitutivas, rearranjo na família de origem, dentre tantas outras possibilidades.

Segundo Moreira (2007), estas modalidades de moradia também variam quanto ao modo de acompanhamento dessa população, que ocorre desde a continuidade da assistência permanente (vinte e quatro horas) até a ausência completa de qualquer supervisão direta de profissionais em saúde mental. Contudo, é importante destacar que:

[...] esses dispositivos residenciais não devem se configurar em mais um serviço de saúde (ainda que denominados 'terapêuticos'), mas concebidos como espaços de morar/ habitar, uma vez que já existem as ações assistenciais de saúde, implantadas pelo município, para uso e referência desses moradores assim como o restante da população. Ressalta-se, assim, que a questão central é o viver na cidade ou conquistar o exercício cidadão, necessitando para tal um espaço habitacional próprio, que se configure como um lar e não um local de tratamento (BRASIL, p. 07, 2004).

No Brasil, no início da década de 1990, experiências das cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) demonstraram a necessidade de iniciativas, como criação de moradias, no processo de reinserção dos pacientes na comunidade.

A criação e funcionamento destas residências, segundo Moreira (2007), vêm sendo amplamente discutidos no país e as moradias implantadas há mais tempo vêm servindo de suporte para aqueles municípios que almejam inaugurar dispositivos semelhantes.

De acordo com o Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas através da Saúde Mental em Dados 10, o ano de 2011 finalizou com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, com o total de 3.470 moradores. Além disso, ao final do ano, haviam 154 SRTs em fase de implantação no país.

Em 2011, avançaram-se principalmente nos estados em que não havia SRTs implantados. Os estados que descredenciariam leitos em hospitais psiquiátricos

também ampliaram seus dispositivos. Contudo, nos últimos quatro anos, o ritmo de implementação dos SRTs se deu com pequena aceleração se comparado ao processo de crescente fechamento de grandes hospitais psiquiátricos, conseqüentemente a expansão do número de moradias no país ainda se constitui como um grande desafio (BRASIL, 2012).

O objetivo dessas residências/ dispositivos, segundo as colocações de Cardoso (2007), é promover a reabilitação psicossocial da clientela-alvo, visando à construção da cidadania, estímulo à autonomia e à inserção social, possibilitando o restabelecimento da relação do indivíduo com sua subjetividade e com o campo social e, também, o desenvolvimento de laços sociais e afetivos advindos a partir do convívio social que levem à construção de uma configuração familiar, essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida, que é viabilizado através do processo de desinstitucionalização “que se preocupa com a reconstrução das pessoas, enquanto indivíduos que sofrem como sujeitos” (ROTELLI, 1990).

No interior dessa concepção, o SRT se configura como um serviço que busca romper com o paradigma de clínica, de doença, que busca deslocar a díade doença-cura alçando para uma relação existência-cuidado, conseqüentemente levando em consideração à compreensão do ser humano em suas sólidas relações, suas reais necessidades e de uma vida concreta, pautada no usufruto dos direitos inerentes à cidadania.

Assim, este serviço tem como perspectiva viabilizar o que há de legítimo na política de saúde mental e na política de direitos humanos, rompendo obviamente com o paradigma manicomial e com a visão da “loucura” (MOREIRA, 2007) e com a perspectiva de que a pessoa com transtorno mental encontra-se em outra ordem de humanidade.

4 | CONCLUSÃO

A atual política nacional de saúde mental consiste na ampliação da cidadania da pessoa com transtorno mental, mudança da relação da sociedade com a mesma, materializando-se na redução progressiva dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos CAPS e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Outras propostas compreendem a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas e o aumento da cobertura do programa “De volta para casa”. Este programa, criado em 2003, permite ao egresso de longa internação em instituições psiquiátricas receber mensalmente um auxílio-reabilitação psicossocial (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2010).

Nesta perspectiva, tendo como cenário a Reforma Psiquiátrica, é que se ressalta os SRTs que, como já expresseo, nasce como um demanda da política de saúde mental

buscando romper com o olhar reduzido de doença e procurando, em sua prática, ampliar este olhar, efetivando, como aborda Fernandes *apud* Oliveira (2008), ações voltadas para a existência da pessoa com transtorno mental em sua totalidade, abarcando tanto as condições objetivas de vida (moradia, trabalho, condições sócio-econômicas), quanto àquelas ditas subjetivas (relações interpessoais, vivências internas).

As Residências Terapêuticas, de maneira geral e segundo Freire (2006), são observadas como dispositivos que viabilizam outras modalidades de cuidado e acolhimento a ex-moradores de hospitais proporcionando um espaço de reintegração social do paciente na sociedade.

Na verdade, os SRTs se constituem como espaços de construção da autonomia de pacientes com longo período de internação psiquiátrica, sendo cotidianamente resgatadas a cidadania e sua identidade nas atividades diárias. A autonomia, conforme Furtado (2006), sendo viabilizada através do processo de reabilitação psicossocial considerada muito complexa por Pitta (2001) que relata que no sentido instrumental esta representa um conjunto de meios que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes. É através dos investimentos nos direitos subjacentes à cidadania de ex moradores de hospitais psiquiátricos que tais pessoas resgatarão o nível de autonomia no exercício de suas funções na comunidade.

Dessa forma, é importante, nesse contexto, se pensar a partir da relação da pessoa com transtorno mental com a realidade social, na circulação pela cidade, no resgate da autonomia, na diferenciação entre necessidade e desejo, das escolhas, entre outros, que todo cidadão necessita para sobreviver dignamente (AMARANTE, 1994).

Conforme Amarante (1994), ainda não é permitido ao louco viver a sua loucura, viver na diferença que lhe é constitutiva, mas é preciso garantir cidadania, o direito de ser cuidado, permitir que ele seja um “*sujeito de desejos e projetos*”. Além disso, o SRT pode permitir a construção de outra modalidade de família, a anaparental, a vinculação de pessoas que não tem parentesco consanguíneo mas, forja-se pela relações afetivas.

Diante do exposto, este trabalho buscou trazer à arena uma discussão de Residências Terapêuticas no processo de atenção psicossocial a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica que foi o responsável por abrir “portas” para a implantação desses dispositivos no interior da política de saúde mental, destacando as concepções de Saraceno (1999) que aborda que, efetivar dispositivos residenciais implica não somente em ter um habitat para os indivíduos com sofrimento mental, mas como será sua inserção na sociedade, na vida cotidiana, em que o espaço do “morar” passe a ter como significado e função, para as pessoas com transtornos mentais que fazem parte destas residências, situar o “dentro e o fora”, permitindo assim ordenar as experiências e a constituição de suas subjetividades que se tornam como ferramentas valiosas quanto à contribuição nos seus processos de empoderamento e, posterior, reabilitação e reintegração social. Asseguram a apropriação da cidade, com a efetivação do direito

de ir e vir com o suporte do estado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, Novos direitos**. O debate em torno da reforma psiquiátrica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.3, v.11, 1995.

AMARANTE, Paulo. "Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil". In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AREJANO, C. B; PADILHA, M. I. C. S; ALBUQUERQUE. G. L. **Reforma Psiquiátrica**: Uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. Ver. Bras. Enferm, v. 5, n. 56, p. 549-54, 2003.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BIRMAN, J. **A cidadania tresloucada**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/ DAPES. Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 10**, Ano VII, n. 10, março de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem?**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei da Saúde Mental, nº 10.216**. Brasília, 2001.

BRASIL. **Constituição República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 1988.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CARDOSO, Izabel. **Residências Terapêuticas resgatam cidadania**. Junho, 2007.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrista**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FREIRE, F. H. M. A. **Residência Terapêutica**: Inventando novos lugares para se viver. Rio de Janeiro, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 8ª. ed. São Paulo: Edições Graal, 2004.

FURTADO, Juarez. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, 2006.

GOFFMAN E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HIRDES, A. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil**: uma (re) visão. Revista on line ciência da saúde

coletiva. Ulbra, 2007.

MOREIRA, M. I. B, et al. **Habitar a cidade:** análise de serviços residenciais terapêuticos: Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, B. G. A. **Serviços Residenciais Terapêuticos:** novos desafios para a organização das políticas de saúde mental em Cuiabá. Revista eletrônica de enfermagem, 2008.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?.** São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

RUSSO, Jane. **O mundo psi no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2002.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te-Corá- Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; SANTOS JÚNIOR, Hudson Pires de O. (Organizadores). **Residências Terapêuticas:** pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Editora: Eduepb, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira.** Brasília, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, SP: Cortez, 2010.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma Psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** Rio de Janeiro, 2010.

TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL

Thiago de Oliveira Machado
Tatiane Valéria Cardoso dos Santos

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo contribuir com o debate crítico acerca dos determinantes sociais (DSS) do processo saúde/doença. O Brasil recente revela um cenário político-econômico regressivo dos direitos sociais cujas ações capitaneadas pelo Estado dão a fluidez necessária para reinterpretações e readequações a partir da lógica do mercado, sob ingerência capitalista. Nessa medida, torna-se indispensável a pesquisadores, profissionais de saúde, e em especial aos assistentes sociais, a profunda análise e apreensão das atuais disputas no processo do desenvolvimento capitalista à luz do atual Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro para o enfrentamento qualificado no cotidiano do trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes sociais de saúde. Serviço Social. Saúde e Questão Social

ABSTRACT: This article aims to contribute to the critical debate about the social determinants (DSS) of the health / disease process. Recent Brazil reveals a regressive political-economic scenario of social rights whose actions captured by the state give the fluidity necessary for reinterpretations and readjustments from the

logic of the market, under capitalist interference. In this context, it is essential for researchers, health professionals, and especially social workers, to deeply analyze and apprehend present disputes in the process of capitalist development in the light of the current Ethical-Political Project of the Brazilian Social Service for qualified confrontation in the daily life of health work.

KEYWORDS: Social determinants of health. Social service. Health and Social Issues

1 | INTRODUÇÃO

O atual estágio de desenvolvimento capitalista e seu processo histórico de crises de acumulação e valorização deflagram transformações societárias em larga escala e acarretam alterações no mundo do trabalho, nas funções do Estado e repercutem sobre os direitos sociais.

No território brasileiro essa reflexão ganha relevância à medida que essas transformações societárias e experiências postas a partir da acumulação flexível intensifica o processo de desigualdade social e de refluxo das políticas sociais.

Nesse quadro, a política de saúde sofre profundas mutações e observa -se que o

conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), consolidado pelo chamado Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (1970/80) e que deveria contornar toda a produção da saúde pública, ao longo dos 30 anos da inovação jurídica brasileira e registro na Carta Magna e nas demais legislações regulamentadoras, não se tornou central para o planejamento e ações em saúde.

Disso decorre que na entrada dos anos 2000 o debate sobre os DSS é recuperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), compreendendo-se que o mesmo havia sido “negligenciado” pelos governos, sobretudo após o evento de Alma-Ata (OMS, 1978), quando definida a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT/2000). As ações políticas tinham por objetivos enfrentar as desigualdades em saúde, cuja meta claramente não foi atingida.

Por conseguinte, em 2005, a OMS cria a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde com a finalidade de apresentar formas de enfrentamento aos países-membros.

Portanto, o presente texto, que compõe parte dos estudos e reflexões dos autores, tem por objetivo contribuir à centralidade do debate do direito a saúde, dos determinantes sociais da saúde (DSS) e do trabalho do assistente social, pois os atuais enfoques da saúde vem se constituindo e naturalizando como um bem mercantil, contrapondo-se ao direito fundamental humano e provido pelo Estado.

Notadamente, essa discussão se faz necessária visto que apesar do seu conteúdo relevante, o tema tem literatura ainda restrita no campo da saúde pública e carece de melhor compreensão e pesquisas pelos assistentes sociais, que tem por objeto de intervenção as expressões da questão social. Buscamos instrumentalizar a intervenção profissional com base na teoria social crítica, que defende a articulação entre o denominado Projeto Ético- Político (PEP) identificado com a construção do projeto societário transformador da classe trabalhadora.

2 | NOTAS SOBRE A RELEVÂNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL.

O rascunho para a construção do conceito de saúde como direito da população e dever do Estado teve início na década de 1970 e consolida-se em política social universal nos anos 1980, produzindo novos pressupostos e elementos fincados na cidadania, na descentralização político-administrativo e no controle social, plasmados na Constituição Federal (CF) de 1988.

Nessa historicidade tem-se por referência as VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente nos anos de 1979 e 1986, as quais se tornaram paradigmas na reforma da saúde pública, alinhando o processo do adoecimento às desigualdades sociais atinentes ao desenvolvimento capitalista.

Importa registrar que o projeto de reforma da saúde defendido por esses movimentos sociais, especialmente o Movimento de Reforma Sanitária (1970/80),

consolidou uma compreensão e conhecimento em saúde não circunscrita ao escopo biológico, trazendo à baila os condicionantes e determinantes sociais e econômicos no conceito ampliado de saúde, sendo escrito pelo legislador da forma a seguir,

(...) os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Art.

3º da Lei nº 8080 (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013) .

É importante registrar que a regulação da Seguridade Social brasileira representa o avanço e conquistas político-jurídicas travadas por movimentos sociais no processo de redemocratização do país aberto pela ditadura civil-militar (1964-1985). As políticas que a compõem, ainda que nos padrões burgueses, foram impressas na CF/88 e nas leis subsequentes/regulamentadoras (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90), que disciplinam a atenção em saúde, a organização, o funcionamento, a participação da comunidade na gestão e transferência intragovernamentais de recursos do sistema de modo a garantir o direito a saúde.

Adjacente às alterações e ampliação do direito instituído, na passagem dos anos 1980 a 1990, as elites político-econômicas se contrapuseram as conquistas aglutinadas, ainda que essas não arranhassem a estrutura do capitalismo e, cumprindo a pauta neoliberal, impôs as mais distintas formas de recrudescimento da ação do Estado no interesse dos trabalhadores.

Nessa direção, em 1990, dois projetos passam a coexistir em campo permanente de tensão e disputas: o da Reforma Sanitária gravado na Constituição Federal de 1988 e o Projeto Privatista, voltado para o mercado (BRAVO, 1996; 2007).

Nos anos 2000, Soares (2012), apresenta a existência de um terceiro projeto em disputa na área da saúde conhecido como o “SUS possível”, que seria uma flexibilização do Projeto de Reforma Sanitária, diante do ataque neoliberal ocorrido no campo da saúde. Nessa medida, a efetivação do Sistema Único de Saúde estaria condicionada conforme a conjuntura econômica, configurando, assim, uma refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS.

Constata-se que o conceito ampliado de saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e impresso em legislações específicas está sob constante ameaça, alicerçados pelo Projeto Privatista, que limita a oferta de serviços, tentando, principalmente, formar um consenso de crises, reificando a impossibilidade do Estado em prover amplamente um serviço público, gratuito e de qualidade, relegando à sociedade ao chamado “SUS possível”.

Nesse lastro de regressões de direitos e em resposta aos efeitos da crise de longa duração medidas restauradoras e de profunda austeridade foram implementadas na área da saúde pública. Novas estratégias de sucateamento dos serviços, unidades públicas e precarização do trabalho passam a se afirmar com novos modelos de

gestão, que ancorados na retórica do déficit público e necessário enfrentamento da crise, repassa o fundo público para as entidades de direito privado, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), regulamentada pela Lei nº 12.550/2011, das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007). (SANTOS, 2015).

No Brasil recente, o governo Temer, recrudescendo e dando celeridade a agenda neoliberal, através do ministro da saúde, Ricardo José Magalhães Barros, editou a portaria nº 1.482 GM/MS para formação de Grupo de Trabalho e criação de um “Plano de Saúde Acessível”, até então chamado de “Popular”. A ideia é estimular as operadoras de planos a ofertarem planos de saúde mais baratos para a população sob justificativa de “desafogar o SUS”, ancorado ao novo regime fiscal, conhecido como “Teto dos Gastos”, que congela investimentos primários em políticas sociais por 20 anos e, principalmente a PEC nº 287, de 5/12/16 e possivelmente trarão tempos sombrios a sociedade brasileira.

Como resultado, em janeiro de 2017, o Ministério da Saúde encaminhou a Agência Nacional de Saúde as proposições do Grupo de Trabalho cujas “ofertas” centram-se na: 1) criação de um plano simplificado, que prevê a cobertura de baixa e média e complexidades e consultas; 2) um plano ambulatorial e hospitalar, que acrescente internação e urgência e 3) a “oferta” de um plano com regime misto de pagamento, que amplia a cobertura, mas em contrapartida requer que o segurado arque com partes dos custos da assistência prestada (coparticipação). Conforme análise apresentada nas discussões do IPEA,

Aproximadamente 25% dos brasileiros já são cobertos pela Saúde Suplementar em modalidades de planos e seguros que incluem as três modalidades propostas pelo grupo de trabalho – embora oficialmente não existam planos em regime misto de pagamento, aproximadamente 1/3 dos produtos comercializados na Saúde Suplementar tem coparticipação ou franquias (ANS, 2017). A novidade fica por conta do arcabouço regulatório sugerido que, alega-se, ajudará a reduzir custos e, conseqüentemente, os prêmios de seguro. Preços mais baixos, de acordo com o argumento, levarão ao aumento da cobertura populacional por planos e seguros privados de saúde, o que deslocará parte da demanda por serviços públicos para o setor privado, reduzindo gastos e melhorando o acesso à assistência à saúde no SUS (SÁ, 2018, p. 5).

Chama a atenção a promoção e incentivo do Estado para a cobertura privada. As propostas visam ampliar os lucros das seguradoras de saúde, diante as supostas perdas de capital ocasionadas pelo aumento do desemprego e queda de renda, resultantes da crise econômica.

Nesse sentido, “O SUS popular-possível” caminha para possível regulação, com amplo apoio estatal para investidura do capital privado na área da saúde e descarte do financiamento público como previsto na Constituição e nas Leis complementares.

Temos por hipótese que está em curso no Brasil a consolidação “pelas beiras”

do princípio da reserva do possível na política de saúde, categorizando a oferta do serviço público e precário a população mais empobrecida, sem emprego e/ou na crescente informalidade, sobretudo aos trabalhadores inscritos em programas socioassistenciais e as “ ofertas de mercado”, nas modalidades do “SUS acessível”, ao nicho de trabalhadores empregados, ainda que não tenham rendimentos elevados.

Nota-se que há uma tentativa do Estado brasileiro ressignificar e de modo consensual os conceitos críticos, os conteúdos do direito, da justiça social e da equidade e que devem ser (re)interpretados e aplicados na sociedade a partir dos interesses econômicos e individuais.

Desta forma, promoção da saúde, cuidado e autocuidado, humanização e estilo de vida estão engendrados para responsabilizar o “indivíduo pela saúde e as estratégias têm sido estimular os sujeitos a encontrarem alternativas fora do sistema de saúde, ou seja, fora do Estado através do fortalecimento da sociedade civil” (BRAVO e MENEZES, 2011, p.22).

Pelo contexto apresentado, torna-se relevante adensar a discussão acerca dos determinantes sociais de saúde, um dos pilares do Projeto de Reforma Sanitária, pois os mesmos estão sendo reduzidos a fatores sociais que promovem a saúde ou ocasionam adoecimento, o que requer estudos e pesquisas sobre o tema.

Notadamente, prevalece a ótica positivista na atenção em saúde e nas produções teóricas e, “para expor o óbvio, como por exemplo, que os pobres têm pior saúde que os ricos. Não se encontra aí qualquer teoria da sociedade de caráter crítico ou, pelo menos, explicativo.” (CEBES, 2009, p.3).

Diante disso, em uma conjuntura de ataques aos direitos sociais e às políticas sociais estatais, especialmente aqui tratado o campo da saúde, como dar-se-á a incorporação e análise dos determinantes sociais no processo saúde/doença a partir do trabalho dos assistentes sociais?

3 | QUESTÃO SOCIAL E O ATUAL PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

As expressões da questão social são tema permanentes na sociedade brasileira na cena contemporânea. Seja pelos seus efeitos nefastos aos trabalhadores, por conformarem formas de resistência pela classe trabalhadora ou mesmo pelas propostas governamentais ao seu enfrentamento, que, via de regra, tem privilegiado o ajuste fiscal em detrimento das políticas de proteção social.

Nessa direção, tecnocratas das mais variadas áreas são convocados a versar sobre a temática, suscitando fórmulas para o seu enfrentamento. Contudo, ao analisar os por menores, identifica-se que o foco da discussão é superficial, com interpretações díspares, maquiando as contradições reais e inerentes a sociedade capitalista:

desigual, dependente e concentradora de riquezas.

Segundo Iamamoto (2005), a questão social pode ser compreendida como expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que em seu cerne inscreve: “a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade.” (IAMAMOTO, 2005,p.27). Desta forma, a questão social expressa disparidades econômicas, políticas e culturais no modo de produção capitalista.

Para Iamamoto (2012) a questão social na cena atual não representa apenas a pobreza e desigualdade, ela é a banalização do humano diante à naturalização das injustiças sociais em detrimento à possibilidade de efetiva socialização das riquezas produzidas e aos direitos a ela atinentes.

Diante desse quadro instaurado de banalização do humano, a questão social se acirra ao mesmo tempo em que o Estado se revela desfavorável às demandas legítimas da classe trabalhadora, num processo crescente de pauperização dos trabalhadores e ao não garantia de proteção social por meio de políticas sociais.

Nesse sentido, a saúde pública, enquanto política social e mediadora do trabalho dos assistentes sociais encontra-se no bojo de um terreno conflituoso de disputas políticas e ideológicas, em que o “antídoto” ao modelo privado é a permanente defesa da saúde pública enquanto direito inalienável aos cidadãos, inscrito constitucionalmente, bem como a sua natureza pública.

O trabalho do Serviço Social expressa uma ação socioassistencial e educativa e, ao mesmo tempo, política. São ações que se entrecruzam tendo por base o conhecimento sobre a realidade de vida dos sujeitos; as condições de adoecimento; suas necessidades e demandas; seus direitos e as formas de acessá-los; bem como os recursos a serem acionados. Se os instrumentos são tradicionais, o conteúdo a ser socializado é que aponta a direção social dada à ação, alicerçada no Projeto Ético Político Crítico.

As solicitações com as quais os assistentes sociais trabalham são totalidades saturadas de determinações sociais (econômicas, políticas, culturais e ideológicas), que exigem mais do que ações imediatas e de cunho psicossocial.

Essas ações implicam em intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos de uma inserção baseada na razão crítica e que estejam conectadas a projetos ético-políticos comprometidos com a classe trabalhadora.

Portanto, é por tais razões que se torna um imperativo apontarmos a necessidade de reafirmação dos elementos norteadores do Projeto Ético-Político Crítico do Serviço Social brasileiro, pois estes contêm em si os fundamentos de ordem teórica, ética e política, essenciais à viabilização de uma compreensão crítica para o enfrentamento qualificado das desigualdades sociais.

Assim sendo, a incorporação dos determinantes sociais no ensino em Serviço Social é de fundamental relevância para o exímio desenvolvimento do trabalho na

saúde, na organização de suas ações e na construção de projetos e programas de atendimento aos usuários, sobrepondo ações imediatas com vistas a garantia e ampliação dos direitos sociais.

É notório que o advento do SUS ressignificou a intervenção profissional dos assistentes sociais na área da saúde, bem como ampliou em larga escala a sua inserção em distintos municípios, tendo em vista a atender as inovações constitucionais na direção do paradigma da atenção sanitária. Cabe aqui destacar a análise de Nogueira (2012), sobre a mudança da funcionalidade da atuação dos assistentes sociais, tendo em vista que até a década de 1970, esses exerceram atividades coadjuvantes, na medida em que a doença, objeto de intervenção, circunscrevia-se ao desempenho médico curativo.

Os determinantes sociais de saúde requisitam aos assistentes sociais qualificação permanente, a capacitação teórica e competência técnicas e políticas, para a condução de uma intervenção articulada nas políticas sociais e, na produção de conhecimentos sobre a referida temática.

Perseguir um papel protagonista, com sólida formação teórica, num processo contemporâneo de forças políticas contrárias em matéria de direito e financiamento em saúde, fornece não apenas legitimidade ao Serviço Social neste campo, mas possibilita a construção de uma proteção visível em direção única à justiça social, na defesa e ampliação dos direitos sociais. Nesse raciocínio, faz-se necessário a articulação do Serviço Social com as demais categorias profissionais e com os movimentos sociais, sindicais e setores progressistas na perspectiva de sedimentar um caminho concreto em torno da defesa do projeto basilar do Movimento da Reforma Sanitária, que garanta uma política de saúde pública universal, igualitária, de qualidade e, sobretudo, que conduzam o planejamento em saúde de acordo com as necessidades da população usuária.

Conforme referencia os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) é emergente a reafirmação do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político Crítico do Serviço Social como prismas norteadores que imprimam melhoria do serviço prestado, fortalecendo o trabalho dos assistentes sociais: considerando a concepção ampliada de saúde - os determinantes sociais no processo saúde/doença; as condições de trabalho subjacentes aos profissionais e os modelos assistenciais e de gestão.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos afirmar a saúde enquanto um processo social que parte da relação do homem com a natureza (meio ambiente, espaço onde vive e território), e, ainda, das relações com outros homens (através do trabalho, das relações sociais, culturais e políticas). Nesse contexto, compreendemos a saúde

como expressão das determinações estruturais da realidade brasileira, sob as quais se condicionam as desigualdades sociais, a institucionalização das políticas sociais, aqui em análise a da saúde.

Neste campo área da saúde muitas são as demandas que emergem do contexto dos usuários que buscam os serviços tratamento e elas são determinadas pelas suas condições de vida e trabalho. Essas desigualdades sociais em saúde vão ser identificadas tais como: riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, condições do local de moradia e trabalho, que vão influenciar no processo de diagnóstico e tratamento da doença.

Partilhamos da compreensão que o processo saúde-doença, além dos características biológicas e fatores genéticos, também representa a manifestação direta da espoliação das condições de vida e trabalho, das dificuldades e não acesso aos serviços sociais.

Evidencia-se que em tempo de recrudescimento do conservadorismo no Brasil e no mundo, o Estado complexifica as propostas privatistas, que são reconhecidas por suas políticas de ajuste, garantindo apenas o mínimo, isto é, o pacote básico para a parcela da população que não possui condições de pagar pelos serviços. Dessa maneira, o Estado não garante a universalidade, mas estimula assim, a ampliação da privatização repassando a responsabilidade de atender as demandas postas por uma parte da sociedade que possuem condições de arcar com os custos dos serviços, ou seja, aqueles que têm acesso ao mercado.

Posto isto, evidencia-se a relevância de se aprofundar a compreensão sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, pois o melhor entendimento entre esses fatores na cadeia de cuidados assume peso crucial à qualificação da assistência.

Ressaltamos que muitas podem ser as contribuições dos assistentes sociais sobre o tema determinantes sociais, pois esses profissionais tem como objeto de trabalho a “questão social” e suas múltiplas dimensões e ao longo da maturação da profissão Brasil consolidou um arcabouço teórico-político para a apreensão das determinações sociais, econômicas, culturais das desigualdades sociais.

Em consequência, o assistente social tem em seu trabalho uma articulação com as demais políticas sociais e setoriais tais como: assistência social, educação, habitação e previdência. Para tanto, os assistentes sociais comprometidos com os interesses da classe trabalhadora necessitam pautar seu trabalho na direção de seus princípios profissionais, planejando, sistematizando e buscando o aprimoramento profissional, e, assim, realizar ações assistenciais, dentro dos limites dessa categoria, que promovam ou contribuam para a promoção e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, buscando o fortalecimento da consciência sanitária.

Neste aspecto, há que se ressaltar que o entendimento ampliado do processo de saúde/doença é fundamental na formação não só dos assistentes sociais, mas nas de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde, bem como o caráter necessariamente coletivo do enfrentamento das expressões da questão social na

particularidade brasileira no campo da saúde.

Para a realidade que se impõe, as estratégias para a classe trabalhadora, o que inclui os assistentes sociais, são a organização política entre si e com os sindicatos e movimentos sociais que partilhem unísono pela luta anticapitalista.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A.S.; Democracia é Saúde. In: **VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1986.** Anais: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219Vlllcns.pdf>>. Acesso em 13 de set. de 2015.

BEHRING, E. R. **A Contrarreforma do Estado no Brasil.** São Paulo. Ed. Cortez, 2003.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história. Biblioteca básica do Serviço Social.** 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. A Seguridade Social na América Latina. In: Boschetti, I. et al.(org.). **Política Social no Capitalismo. Tendências Contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2009, pp.174 –195.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O perfil da extrema pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.brasilsemisera.gov.br/wp.cont>>. Acesso em: 19 de set. de 2015.

BRASIL. **Lei n. 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

_____. **Lei n. 8142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 05 de outubro de 1988.21ª ed. São Paulo: Saraiva 1999.

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.B. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M.I.S.;MENEZES, J.B (Orgs).**Cadernos de Saúde.** Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade .Ad. UFRJ. Setembro de 2011.

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Orgs). **Política social e Democracia.** São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001 p. 197- 216.

_____. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** In: MOTA, A.E. et al. (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007, pp.191-217.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). **Simpósio Políticas e Saúde. Proposição para o debate.** Determinação Social da Saúde. Rio de Janeiro, agosto de 2009, p. 2-4. Disponível em: <<http://www.cebex.org.br/media/File/Blog/DETERMINANTES%20SOCIAIS>>. Acesso em 30 de out. de 2015.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais**

na saúde. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a atuação de assistentes sociais na saúde.pdf>>. Acesso em 02 de nov. de 2015.

FORTI, V. **Ética, Crime e Loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

Fundação Oswaldo Cruz. ENSP. **Revista Radis**. Comunicação em Saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, n.110. Outubro, 2011.

_____. **Comissão de Determinantes Sociais da Saúde**. Rumo a um modelo conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T42_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf>. Acesso em 20 de out. de 2015.

IANNI, O. **Questão Social**. São Paulo em Perspectiva, 1991. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v05n01/v05n01_01.pdf>. Acesso em 20 de nov. de 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: Atribuições Privativas do Assistente Social em questão. CFESS, 2012, pp,33-74.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. CFESS, 2009.

_____. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche – capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social na Contemporaneidade. Trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, V.M.R. **A descentralização da saúde, atenção oncológica e estratégias de inclusão**. Katalyses.V.6.n.1.jan/jun, Florianópolis, 2003, pp.104-112.

_____. Determinantes Sociais de Saúde e a ação dos Assistentes Sociais um debate necessário. **Revista Serviço Social e Saúde**. UNICAMP, São Paulo, 2011, pp.45-71.

SANTOS, T.V.C. **Transformações societárias do trabalho dos assistentes sociais na ordem do capital: uma análise a partir do campo de atuação do Conjunto CFESS-CRESS-7ª região**. Dissertação de mestrado. PPGSS-Uerj. Ano de defesa, 2015.

SARRETA, F.O.; BERTANI, I.F. A construção do SUS e a participação do assistente social. **Revista Serviço Social e Saúde**. UNICAMP, v.x, jul.2011, pp,31-57.

SILVA, L.B. Condições de vida e adoecimento por câncer. **Libertas**, Juiz de Fora, v.10, n. 2, pp. 172-187, jul-dez. 2010.

STAMPA, I. Transformações recentes no “mundo do trabalho” e suas consequências para os trabalhadores brasileiros e suas organizações. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 30, p. 35-60, 2º sem. 2012.

SOARES. Raquel Cavalcanti. A Racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. IN: Bravo, Maria Inês de Souza e Menezes, Juliana Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

SOBRE A ORGANIZADORA

Luciana Pavowski Franco Silvestre - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2003), pós-graduação em Administração Pública pela Faculdade Padre João Bagozzi (2008) é Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2013), Doutora em Ciências Sociais Aplicadas pela UEPG. Assistente Social da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social - Governo do Estado do Paraná, atualmente é chefe do Escritório Regional de Ponta Grossa da Secretaria de estado da Família e Desenvolvimento Social, membro da comissão regional de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes de Ponta Grossa. Atuando principalmente nos seguintes temas: criança e adolescente, medidas socioeducativas, serviços socioassistenciais, rede de proteção e política pública de assistência social.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-063-6

