

GERAIS

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

SUS/MG Journal of Public Health



ISSN 2318-2598

Volume 4 • Número 2 • Julho/dezembro de 2016

GERAIS:

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

GERAIS: SUS/MG Journal of Public Health

Volume 4 • Número 2

Julho/dezembro de 2016

ISSN 2318-2598

GOVERNADOR DE ESTADO DE MINAS GERAIS
Fernando Damata Pimentel

VICE GOVERNADOR DE ESTADO DE MINAS GERAIS
Antônio Andrade

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Sávio Souza Cruz

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Nalton Sebastião Moreira da Cruz

DIRETOR-GERAL DA ESP-MG
Edvalth Rodrigues Pereira

PRESIDENTE DA FHEMIG
Tarcísio Dayrell Neiva

PRESIDENTE DA FUNED
Marcelo Fernandes Siqueira

PRESIDENTE DA HEMOMINAS
Júnia Guimarães Mourão Cioffi

ASSESSORA-CHEFE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA SES-MG
Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

RELAÇÃO DE INTEGRANTES DO COMITÊ GESTOR/EQUIPE EDITORIAL E EDITORES ASSOCIADOS DA GERAIS: REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO SUS/MG

COMITÊ GESTOR/EQUIPE EDITORIAL

Editor Jornalístico

Wander Veroni Maia – Secretaria
de Estado de Saúde de Minas Gerais
(SES-MG)

**Produção de Conteúdo Jornalístico /
Assessoria de Comunicação Social**

Alexandra Marques – Fundação Hospitalar
do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Heloísa Dias Machado – Fundação
Centro de Hematologia e Hemoterapia
de Minas Gerais (Hemominas)

Nayane Breder Jardim – Fundação
Ezequiel Dias (Funed)

Sílvia Amâncio – Escola de Saúde Pública
do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Vivian Campos – Secretaria de Estado
de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Crédito das Fotografias/Ilustrações

Marcelo Sant'Anna – Imprensa MG.

Gil Leonardi – Imprensa MG.

Verônica Manevy – Imprensa MG.

Gleisson Mateus – Fundação Ezequiel
Dias (Funed)

Frank Sabino – Escola de Saúde Pública
do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Imagens do acervo da Fundação
Hospitalar do Estado de Minas Gerais
(Fhemig)

Editora Científica

Marilene Barros de Melo – Escola de
Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais (ESP-MG)

Editora Adjunta

Michely de Lima Ferreira Vargas –
Escola de Saúde Pública do Estado de
Minas Gerais (ESP-MG)

Editores Assistentes

Daniel Gonçalves Chaves – Fundação
Centro de Hematologia e Hemoterapia
de Minas Gerais (Hemominas)

Lucília Nunes de Assis – Escola de
Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais (ESP-MG)

Editora Convidada

Rose Ferraz Carmo – Escola de Saúde
Pública do Estado de Minas Gerais
(ESP-MG)

Editores Executivos

Deise Campos Cardoso Afonso –
Fundação Hospitalar do Estado de
Minas Gerais (Fhemig)

Esther Margarida Barros – Fundação
Ezequiel Dias (Funed)

Simone Abreu Borges da Silva –
Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Secretaria Editorial

Jonathan Guimarães Carvalho (ESP-MG)

EDITORES ASSOCIADOS

Avaliação de Serviços e Políticas

Eliete Albano de Azevedo Guimarães
– Universidade Federal de São João Del
Rei (UFSJ) – Campus Centro Oeste
Dona Lindu/Divinópolis

Valéria Conceição Oliveira – UFSJ –
Campus Centro Oeste Dona Lindu/
Divinópolis

Tarcísio Laerte Gontijo – UFSJ –
Campus Centro Oeste Dona Lindu/
Divinópolis

Ciência e Tecnologia em Saúde

Pedro Guatimosim Vidigal –
Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG)

Ciências Sociais em Saúde

Maria José Nogueira – Fundação João
Pinheiro (FJP)

Epidemiologia

Helian Nunes de Oliveira (UFMG)

Tiago Campos Silva (SES-MG)

Lívia Guimarães Zina (UFMG)

**Política, Planejamento
e Gestão em Saúde**

Marilene Barros de Melo (ESP-MG)

Karina Rabelo Leite Marinho (FJP)

Saúde Trabalho e Ambiente

Luiz Carlos Brant (UFMG)

CONSELHO EDITORIAL

SES-MG

Fabício Henrique dos Santos

Deise Aparecida dos Santos

ESP-MG

Luciana Souza d'Ávila

Rose Ferraz Carmo

FHEMIG

Fernando Madalena Volpe

Marcelo Militão Abrantes

FUNED

Sílvia Fialho

Luiz Guilherme Heneine

HEMOMINAS

Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti

Daniel Gonçalves Chaves

Blood Systems Research Institute, BSRI
Thelma Therezinha Gonçalves

Instituto René Rachou - FIOCRUZ
Minas, Fundação Oswaldo Cruz
Antônio Ignácio de Loyola Filho

Escola de Saúde Pública do Ceará
(ESP-CE)

Ivana Barreto

Escola de Saúde Pública do Rio Grande
do Sul (ESP-RS)

Márcio Mariath Belloc

Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde
da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/
Fiocruz)

Adriana Kelly dos Santos

Ministério da Saúde

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais (PUC Minas)

Rubens de Menezes Santos

Universidade de Brasília (UnB)

Carlos Henrique Goretti Zanetti

Universidade Estadual de Montes
Claros (Unimontes)

Mariléia Chaves Andrade

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

José Jackson Coelho Sampaio

Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG)

Luiz Carlos Brant

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP)

Clarice Sandi Madruga

Universidade Federal do Espírito Santo
(UFES)

Maria Carmen Viana

Universidade Federal do Pará (UFPará)

Luciana Nascimento

Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ)

Dra. Maria Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio Grande do
Sul (UFRGS)

Alcides da Silva Miranda

University of Columbia – EUA

Milton Wainberg

University of Toronto – Canadá

Saulo Castel

COMITÊ GESTOR / ASSESSORIA DE
COMUNICAÇÃO SOCIAL

Coordenação

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza
(SES-MG)

Wander Veroni Maia (SES-MG)

Harrison Miranda (ESP-MG)

Heloísa Dias Machado (Hemominas)

Nayane Jardim (Funed)

Marina Lima (Fhemig)

Projeto gráfico, produção gráfica
Autêntica Editora

G354

Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS-MG / Secretaria de Estado de
Saúde de Minas Gerais; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais; Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas
Gerais; Fundação Ezequiel Dias; Fundação Hospitalar do Estado
de Minas Gerais. – v. 4, n. 2 (jul-dez. 2016) – .- Belo Horizonte:
Autêntica, 2016
v.

Semestral

ISSN: 2318-2598

1. Saúde pública. I. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde
.II. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. III. Fundação Centro de
Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais. IV. Fundação
Ezequiel Dias. V. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

NLM WA 100

www.revistageraissaude.mg.gov.br

- 7** Apresentação
Sávio Souza Cruz
- 9** Editorial
Alexandra Marques e Edson Fernandes Martins
- 12** Giro pela saúde . Notas curtas sobre o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais
- 17** O que é febre amarela?
Heloísa Machado
- 19** Surto de febre amarela exige agilidade nas estratégias de comunicação pública
Vívian Campos
- 24** A interdisciplinaridade no controle da febre amarela foi decisiva para a redução das notificações
Sílvia Amâncio
- 27** Hemominas reforça segurança nas doações e transfusões de sangue durante o surto de febre amarela
Heloísa Machado
- 30** Hospital Eduardo de Menezes se torna referência estadual no atendimento de casos de febre amarela
Alexandra Marques
- 37** Funed é referência estadual para a análise clínica das notificações de casos de febre amarela em Minas Gerais
Nayane Breder
- 41** Vigilância da qualidade da água para consumo humano: um olhar sobre a Região Metropolitana de Belo Horizonte
Alisson Martins Ramos, Fabiano de Almeida Célio, Edna Maria Rezende
- 54** Implementação do método de Custeio por Absorção versus Custeio ABC: estudo da sinergia da implantação das duas metodologias na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)
Márcio Augusto Gonçalves, Márcia Mascarenhas Alemão, Yasmine Fernanda Ferreira Cunha, Liliane Cristina Braga
- 67** Desafios da aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde
Lígia Pires Silva, Suélen Livia Novy Santos, Lucilene da Conceição Mendes, Raquel Randow, Vanessa de Almeida Guerra
- 78** A perspectiva dos sujeitos na judicialização da saúde no âmbito municipal: o caso de Leopoldina/MG
Renan Guimarães de Oliveira, Auta Iselina Stephan de Souza
- 89** Perfil dos idosos hipertensos de Minas Gerais: um estudo baseado na PAD-MG (Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais)
Mirela Castro Santos Camargos, Maiara Braga Camilo, Wanderson Costa Bomfim
- 99** Controvérsias entre a teoria e a prática: o Agente Comunitário de Saúde em busca de uma identidade
Kelly Alves Magalhães, Karla Cristina Giacomini, Janaína de Souza Aredes, Josélia Oliveira Araújo Firmo
- 113** Agente comunitário de saúde: dificuldades nas condições de trabalho
Juracy Xavier de Oliveira, Danielle Costa Silveira
- 125** Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos diabéticos de Minas Gerais em 2011
Mirela Castro Santos Camargos, Paloma Rodrigues da Silva, Wanderson Costa Bomfim, Karla Rona da Silva, Keli Bahia Felicíssimo Zocrato
- 137** Primeiro registro da aranha-marrom *Loxosceles amazonica* (Araneae, Sicariidae) no Estado de Minas Gerais, Brasil
Adriano Lima Silveira, Maria Nelman Antunes de Souza
- 141** Normas para publicação Revista de Saúde Pública do SUS/MG

APRESENTAÇÃO

Sávio Souza Cruz

Secretário de Estado de Saúde e Gestor do
Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

Logo no início do ano, Minas Gerais vivenciou uma situação atípica com relação à febre amarela. Mesmo sendo uma área endêmica, propícia ao surgimento de casos e, portanto, recomendável para a vacinação, a doença avançou rapidamente pelo estado, resultando em um número elevado de notificações e óbitos.

Diante desse cenário, o Governo de Minas Gerais, por meio da **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)**, liderou uma série de medidas para conter o avanço da doença; primeiramente na região leste, a mais atingida pelos primeiros casos da doença, e depois nas demais regiões do estado.

Todo o esforço de mobilização alcançou resultados bastante expressivos em Minas Gerais e, ao lado de diversas outras ações – como a que tornou o Hospital Eduardo de Menezes, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), uma referência para o tratamento da doença –, conseguimos trabalhar de forma articulada para dar uma resposta rápida à população. E o resultado não poderia ser diferente: conseguimos obter o controle da febre amarela.

Por conta disso, esta edição da **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG** narra os mais variados esforços que foram feitos para conter a febre amarela em Minas Gerais. Na área da epidemiologia, com o apoio do **Ministério da Saúde** e da **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**, foi construído todo um plano de ação não só para oferecer tratamento às pessoas que estavam diagnosticadas, como também para imunizar a população para que não houvesse mais transmissão da doença pela picada do mosquito.

Já na área da Comunicação, veículos de Minas Gerais, do Brasil e do mundo nos demandaram informações e entrevistas. Tivemos mais de 900 demandas registradas da imprensa local, nacional e internacional, um número recorde, se pensarmos na relevância do assunto, uma vez que o último grande caso de febre amarela registrado no Sudeste é da década de 1960. Também foi criada uma campanha publicitária e várias ações na web e nas redes sociais.

Todo o trabalho foi feito em equipe. Uma equipe que respeita e sabe da importância do SUS para o cidadão. Por isso, essa edição da revista não poderia deixar de falar da febre amarela. Além disso, destaco a qualidade dos trabalhos acadêmicos que fazem parte desta publicação e que mostram a importância das pesquisas nas mais diversas áreas dentro da saúde pública.

Boa leitura! ■

EDITORIAL

Alexandra Marques e Edson Fernandes Martins¹

¹ Jornalista da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).

Relato destinado à história, o conteúdo narrado nesta edição da **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG** dá conta de um conjunto de ações e de iniciativas que o **Governo de Minas Gerais** realizou em curto prazo, logo no início do ano, que diminuiu de forma significativa os casos de febre amarela, o que poderia ser uma epidemia de proporções inéditas na história recente do país.

Dada a envergadura da ação no enfrentamento e controle ao surto de febre amarela nos vales dos rios Doce e Mucuri no início de 2017, é imprescindível destacar a percepção da urgência e o sentido de responsabilidade que marcaram a rapidez e o foco ao distribuir tarefas, organizar ações e estender o atendimento, inclusive vacinal, a um universo de mais de 150 cidades e mais de 1 milhão de habitantes. A precisão da iniciativa de governo conteve a ameaça de epidemia em curto espaço de tempo. Foi uma vitória de grande dimensão.

Para isso foi importante o movimento dos diversos órgãos do estado que acorreram a cumprir a programação de urgência imposta pelo surto e determinada com precisão por todo **Sistema Estadual de Saúde**, trabalho que está relatado nas páginas que seguem.

Cada vinculada contribuiu com ações importantes para que toda a população mineira fosse acolhida e assistida pelo **Sistema Único de Saúde (SUS)**. No caso da Fhemig, responsável pelo acolhimento dos casos de gravidade extrema em sua unidade referencial em infectologia, o Hospital Eduardo de Menezes, a abertura imediata de leitos e a atenção especializada exigiram dedicação redobrada e jornadas mais intensas de trabalho que, afinal, contribuíram para salvar vidas e monitorar o combate à arbovirose.

Ainda, nesta edição, a **Revista Gerais** traz a sua contribuição na publicação de artigos científicos na área da saúde. No primeiro deles é abordada a relação entre a qualidade da água para o consumo humano e a evolução das políticas de saneamento. Perspectiva ainda pouco presente na literatura sobre o tema, o estudo traça o histórico do processo de implantação do VIGIAGUA no país, além de analisar os dados de vigilância contidos no SISAGUA das cidades que integram a Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O artigo seguinte relata a experiência inovadora da Fhemig ao utilizar, na esfera pública hospitalar, custo como indicador de resultados e metainformação. O estudo descreve a construção de uma base de conhecimento resultante da sinergia entre duas metodologias de custeio (Custeio por Absorção e Custeio ABC).

“Desafios da aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde” é o título de artigo que aponta a exiguidade de investigação acadêmica em torno da compra de medicamentos, uma questão que é um desafio para a gestão da saúde frente à disjuntiva qualidade-custo.

O quarto artigo intitulado “A perspectiva dos sujeitos na judicialização da saúde no âmbito municipal: o caso de Leopoldina/MG”, é um estudo de caso realizado com usuários, instituições jurídicas e Executivo do município mineiro de Leopoldina, com o objetivo de entender a judicialização do direito à saúde pública sob o ponto de vista desses atores.

O quinto artigo relata pesquisa sobre os efeitos da hipertensão de idosos em Minas Gerais, com a construção de um perfil da população idosa a partir de dados da Pesquisa por Amostra de domicílio de Minas Gerais.

Seguem-se dois estudos que versam sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um sobre as condições de trabalho, outro sobre a construção da identidade e a valorização do conhecimento em sua atividade.

No penúltimo artigo é traçado o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos diabéticos residentes em Minas Gerais, num contexto em que o diabetes figura como significativa causa de morbidade e mortalidade, principalmente entre pessoas acima de 60 anos de idade.

O artigo que encerra esta edição da **Gerais** trata do “Primeiro registro da aranha-marrom *Loxosceles amazonia* (Araneae, sicariidae) no Estado de Minas Gerais, Brasil”, “provavelmente o principal agente etiológico de loxoscelismo no Nordeste, Norte e Centro-Oeste do Brasil”. Segundo o artigo, espécimes foram coletados em Janaúba, na região Norte do Estado, no que também é o primeiro registro no Sudeste brasileiro.

Boa leitura! ■

● Assistência farmacêutica

Com o objetivo de promover economia de recursos aos municípios mineiros na aquisição de medicamentos, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) realizou, no início do segundo semestre, a abertura da programação para o novo ciclo de atendimento aos pedidos de compras de medicamentos e insumos por meio de Atas de Registro de Preço disponibilizadas pelo estado. Os 853 municípios, que já aderiram ao Programa de Regionalização da Assistência Farmacêutica, poderão programar seus pedidos até o dia 08/08 e serão responsáveis pela gestão de seus recursos.

● Investimentos

No início de agosto, o governador Fernando Pimentel, ao lado do secretário de Estado de Saúde, Sávio Souza Cruz, entregaram no Auditório JK, da Cidade Administrativa, em Belo Horizonte, 239 veículos para a área da saúde no estado. Deste total, são 25 ambulâncias e 214 veículos para transporte de pacientes e serviços gerais. Foram beneficiados 179 municípios de 13 territórios de desenvolvimento do estado, além de 5 entidades. O investimento para a aquisição dos 214 veículos para atenção básica chegou a R\$ 13,7 milhões. Os recursos são oriundos das emendas parlamentares. Os veículos serão distribuídos nos Territórios de Desenvolvimento Triângulo Norte, Médio e Baixo Jequitinhonha, Sudoeste, Caparaó, Mata, Noroeste, Metropolitano, Oeste, Central, Mucuri, Vale do Aço, Norte e Vale do Rio Doce.

● Parceria

No início deste segundo semestre, foi realizada uma reunião com o objetivo de discutir ações para a prevenção do óbito materno, fetal e infantil em Minas Gerais e institucionalizar uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Durante a reunião, os representantes da SES-MG buscaram debater formas de fortalecer

GIRO PELA SAÚDE

Notas curtas sobre o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais

as ações que já desenvolvem por meio desta possível parceria com a OPAS. Durante o encontro também foi estabelecida uma agenda de reuniões para dar continuidade aos encaminhamentos.

● Diagnóstico

A leishmaniose não é considerada uma doença que mata, mas deve ser tratada o mais rápido possível para evitar complicações e facilitar a cura do paciente. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece diagnóstico e tratamento gratuitos para a

população contra os dois tipos da doença: tegumentar e visceral. Aos primeiros sintomas, o paciente deve procurar a unidade básica de saúde mais próxima para avaliação médica. Confirmado o diagnóstico, o tratamento é feito com o uso de medicamentos específicos e eficazes. No caso da leishmaniose tegumentar, que é caracterizada por úlceras na pele e mucosas, a medicação usada atualmente no Brasil é o antimonio de meglumina.

● Saúde prisional

O Presídio de Tupaciguara, no Triângulo Mineiro, inaugurou um Núcleo de Saúde com capacidade para 30 atendimentos semanais. O espaço, que funcionará como uma Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), é composto por enfermaria, consultório médico e odontológico. As salas são todas equipadas com materiais médicos e odontológicos fornecidos pelo Governo de Minas Gerais, via Secretaria de Estado de Administração Prisional (Seap). A construção foi feita com recursos de prestação de pena pecuniária, e teve um custo total de R\$ 110 mil, além de contribuições de empresários e parceiros do município.

● Aplicativo

A partir de agora, o aplicativo MG App irá realizar o agendamento de doação de sangue na Fundação Hemominas. Por isso, se você está com boa saúde, tem entre 16 e 69 anos, pesa mais de 50kg, não deixe de ajudar. Doe sangue. O Hemominas tem capacidade de receber até 1.400 cadastramentos por dia em toda a rede Hemominas no Estado e, com

a facilidade de marcação de horário pelo *smartphone*, espera ver as doações aumentarem. O MG App também disponibiliza serviços da Cemig, Copasa, Detran-MG, Secretaria de Estado de Saúde, Polícia Civil e agendamento de atendimento nas UAIs.

● **Start-up**

A equipe da Fundação Hemominas ficou entre as 15 finalistas do Programa BioStartup Lab, uma iniciativa da Biominas Brasil e do Sebrae Minas para acelerar o surgimento de start-ups nas áreas de Saúde Humana, Digital Health, Agronegócios/Saúde Animal e Meio Ambiente. A Inibfl8w, equipe da Hemominas, foi selecionada dentre um grupo com mais de 450 empreendedores, vindos de 64 instituições de 6 países diferentes. A Inibfl8w apresentou um teste rápido para detecção de anticorpos anti-FVIII que poderia ser utilizado na triagem de pacientes com hemofilia A.

O Programa BioStartup Lab teve duração de 12 semanas e os participantes foram treinados quanto aos aspectos comerciais, financeiros e de marketing para operacionalização de uma start-up. Durante o DemoDay BioStartup Lab, evento de encerramento do programa realizado em 07/10/2016, a equipe Inibfl8w, juntamente com a equipe do NIT-Hemominas (INOVHEMOS) e da Gerência de Desenvolvimento Técnico-Científico, fez contato com investidores e pesquisadores e divulgou o projeto pioneiro. Além do Serviço de Pesquisa da Hemominas, o projeto envolve pesquisadores do Instituto Carlos Chagas (Fiocruz-Paraná).

● **Vídeos**

A série de vídeos “Autocuidado em Doença Falciforme”, produzida pela psicóloga clínica da Hemominas

Alice Oliver Rosa e a estagiária Maria Aparecida dos Santos, foi criada para estimular as práticas de autocuidado entre pacientes falciformes e cuidadores. Tudo começou durante estágio supervisionado e nos atendimentos psicológicos no ambulatório do Hemocentro de Belo Horizonte (HBH), com a observação das dificuldades dos pacientes com hemoglobinopatias de compreender o diagnóstico, assim como incorporar e manter práticas de autocuidado que podem prevenir complicações clínicas da doença. Os vídeos já produzidos têm despertado o interesse dos pacientes e cuidadores, promovendo a conscientização sobre a doença, e são mais uma ferramenta disponível para os profissionais de saúde utilizarem, com o intuito de propiciar o diálogo e interação com o paciente, auxiliando na melhoria da qualidade de vida. As produções com os temas Água, Alimentação, Talassemia e Gravidez, entre outros, estão disponíveis no canal da Hemominas no YouTube (<<<https://www.youtube.com/user/HemominasDoSangue>>) e em outros sites, como o do Cehmob. Os vídeos também serão exibidos nas salas de espera do paciente e do doador das unidades da Hemominas em todo o estado.

● **Prêmio**

A Fundação Hemominas obteve o 3º lugar no concurso realizado pelo REDOME em comemoração ao Dia Mundial do Doador de Medula Óssea (World Marrow Donor Day – WMDD), pelas ações desenvolvidas em todas as suas unidades visando à divulgação do ato de doar e a importância da atualização do cadastro de candidatos à doação de medula óssea. O concurso premiou os hemocentros que realizaram atividades de intervenção real e virtual para lembrar

a importância dessas ações. O Dia Mundial do Doador de Medula Óssea acontece no terceiro sábado de setembro de cada ano, e tem como objetivo a conscientização sobre a doação de medula óssea. A data foi criada em 2015 pela World Marrow Donor Association (WMDA), associação mundial que reúne os registros de doadores de medula óssea, totalizando cerca de 28 milhões de doadores em todo o mundo.

● **Nova missão**

“Fortalecer o SUS, produzindo e disseminando conhecimentos junto a usuários, trabalhadores e gestores, por meio de ações educacionais e de pesquisa, com a Educação Permanente em Saúde como referencial político-pedagógico”, é a nova missão da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), fruto de um processo de criação que envolveu todas as áreas e trabalhadores da instituição durante o ano de 2016.

● **Educação Permanente em Saúde**

Com o título “Capacitação Pedagógica na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais” na publicação especial da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola), “Educação Permanente em Saúde – Experiência Viva”, os trabalhadores da ESP-MG publicaram os registros Capacitação Pedagógica na Escola, no contexto das discussões e das construções do desenvolvimento institucional.

● **Saúde mental**

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), em parceria com a Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), realizou, em agosto, a quarta atividade da ação educativa

“O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes”, com o tema “Atenção Primária à Saúde”. A ação é uma das propostas do II Encontro Mineiro de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes realizado em 2016 pela SES-MG. A ação educacional conta ainda com o apoio do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) e do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG).

● Agroecologia

Em agosto, a ESP-MG encerrou o primeiro módulo das “Oficinas de Vigilância e Promoção à Saúde em Áreas de Reforma Agrária”, promovidas pelo Governo do Estado de Minas Gerais, por meio da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Os alunos visitaram o Sítio das Mangueiras, em Florestal, na região metropolitana de Belo Horizonte. A área é referência em produção familiar e trabalha com produção e educação em Sistemas Agroflorestais (prática agrícola que prioriza a utilização dos recursos naturais, mantendo o que a natureza oferece ao longo de todo o processo produtivo, do cultivo até a circulação dos produtos).

● Reconhecimento

A Fundação Hemominas, ao lado de outras instituições, recebeu o Prêmio de Melhor Trabalho em Hematologia Pediátrica, no Congresso Brasileiro de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, realizado entre 10 e 13 de novembro de 2016 em Florianópolis (SC). O trabalho foi desenvolvido por pesquisadores da Hemominas, da

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig). O projeto de pesquisa, intitulado “Reticulocyte Count is the Most Important Predictor of Acute Cerebral Ischemia and High-Risk Transcranial Doppler in a Newborn Cohort of 395 Children with Sick Cell Anemia”, identificou quais fatores de risco estão ligados à ocorrência de AVC nas

GIRO PELA SAÚDE

Notas curtas sobre o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais

crianças com anemia falciforme, abrindo-lhes perspectivas de uma melhor qualidade de vida.

● Qualificação

Após quase quatro meses de trabalho, chegou ao fim o curso Processos Formativos do Centro Regional de Referência para formação em políticas sobre drogas (CRR), em Governador Valadares, ação integrante do programa “Crack, é possível vencer”, realizado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), em parceria com

a Secretaria Municipal de Saúde do município do Vale do Rio Doce. Desde março deste ano, 160 trabalhadores que atuam nas redes de saúde, educação, assistência, defesa social e judiciário, entre outros, envolvidos na abordagem de pessoas e familiares que sofrem consequências decorrentes ou associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

● Gabinete interativo

No início de agosto, a presidência da Fundação Ezequiel Dias (Funed) ficou mais movimentada que o habitual. Acompanhado por assessores e subsecretários, o Secretário de Estado de Saúde, Sávio Souza Cruz, passou todo o dia na instituição, de onde realizou toda sua agenda. O convite foi feito pelo Gabinete da Funed e prontamente aceito pelo Secretário. “É de grande importância e representação para a Funed e toda sua equipe receber o Secretário hoje. Isso nos engrandece e demonstra que o Governo do Estado está com um olhar carinhoso sobre nossa Fundação”, declara o Presidente da Funed, Marcelo Fernandes Siqueira.

● Novos olhares

A Fundação Ezequiel Dias (Funed) assinou, durante as comemorações de seus 110 anos, um termo de parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e a Fundação Educacional Caio Martins (Fucam), em uma união de esforços e experiências para potencializar as ações do Programa Ciência em Movimento, desenvolvido pela Funed, em todo o estado de Minas Gerais. O programa tem o foco principal

de levar conhecimento científico e informação para as comunidades, difundindo a ciência através de uma linguagem lúdica e popular.

● Patentes

Institutos de Ciência e Tecnologia (ICTs), como é o caso, no Governo do Estado, da Fundação Ezequiel Dias (Funed), terão prioridade para pedidos de exames de patentes. É o que diz a resolução nº 191/17, do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (Inpi), que determinou a execução de um projeto-piloto para conceder preferência e maior agilidade às ICTs. Com isso, a cada ciclo mensal elas terão direito a realizar um pedido de exame prioritário de suas patentes. A morosidade da análise dos pedidos de patentes pelo Inpi é um dos entraves para esses processos. Embora ainda não tenha havido nenhuma regularização dos pedidos de patentes já depositados, considerando-se que a resolução entrou em vigor 30 dias após a sua publicação (em 18 de junho), a Funed pretende, no decorrer deste ano, selecionar entre as patentes já depositadas quais serão requeridas para exame prioritário.

● SBPC Jovem 2017

Nesta 69ª edição do encontro de ciências do SBPC Jovem (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), o Programa Ciência em Movimento (PCM) da Fundação Ezequiel Dias leva até o campus da UFMG uma exposição com o Caminhão Itinerante do programa, fazendo jus ao propósito do encontro, que é a divulgação científica como ferramenta de progresso para a sociedade. O caminhão funciona com as atrações sobre os mais variados assuntos de pesquisa, produção e trabalho da Funed, como animais peçonhentos, vigilância epidemiológica, ciclo da

dengue, amostras biológicas, entre outros temas.

● Pesquisa

Um composto produzido em laboratório foi utilizado para eliminar as células tumorais responsáveis por uma das formas mais agressivas do câncer de mama, o triplo negativo, um tipo de tumor agressivo e resistente à quimioterapia. A revista científica *Chemical Biology & Drug Design*, destacou a relevância da pesquisa, em sua publicação de julho deste ano. O estudo tem coordenação e orientação da pesquisadora Luciana Silva, da Fundação Ezequiel Dias (Funed), e autoria de Aline Brito de Lima, cujo trabalho foi realizado durante seu mestrado em Ciências da Saúde, pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). São coautores do trabalho os pesquisadores Fernando Varotti, Gustavo Viana e Fábio Santos, além das alunas Camila Barbosa e Alessandra Gonçalves, integrantes do Núcleo de Pesquisa em Química Biológica do Campus Centro-Oeste da UFSJ. As moléculas do estudo foram patenteadas, sendo a Funed uma das instituições autoras da patente.

● Exposição

O Museu da Loucura, espaço cultural de enorme importância para o circuito artístico mineiro, abriu suas portas no dia 15 de agosto, às 16h, para a exposição “The Visceral Mind” (A Mente Visceral), do artista Rodrigo Vilela, nascido em Boa Esperança-MG. Por meio de seus quadros, Rodrigo manifesta a influência do horror, do expressionismo alemão e sua distorção plástica. “O artista explora todas as nuances do medo, da loucura e tudo que é inerente ao lado mais escuro do ser humano”, diz a coordenadora

do museu, Lucimar Pereira. A exposição marca a comemoração dos 21 anos do Museu da Loucura, e também faz parte da programação de aniversário de 226 anos de Barbacena. As obras podem ser visitadas até 15 de setembro de 2017.

● Mamaço

A maternidade do Hospital Júlia Kubitschek (HJK) realizou a terceira edição do seu mamaço. A iniciativa fez parte da programação da unidade para as comemorações do Agosto Dourado, e reuniu trabalhadores e usuários do hospital, além da comunidade local. O evento teve início com apresentação teatral conduzida pela psicopedagoga e presidente do Comitê Interinstitucional de Aleitamento Materno, Vânia Lima. Na sequência, várias mães deram seu depoimento sobre experiência com aleitamento materno; dificuldades iniciais, superações e a alegria em conseguir amamentar permearam os relatos.

● Pedestre

Entre os acidentes de trânsito, os atropelamentos de pedestres são a maior causa de óbitos no Hospital João XXIII, da Rede Fhemig, apesar de o número de atendimento a pacientes como motociclistas ser bem mais elevado. De 2011 a julho de 2017, houve um total de 1765 mortes por acidentes de trânsito no HPS. Destes, 36% eram de vítimas de atropelamento. Somente em 2017, 961 pessoas deram entrada por este motivo no hospital, sendo que 32 morreram. 57% destes pacientes eram do sexo masculino. A lesão mais comum no atropelamento é o politrauma, pois em um acidente desse tipo, o pedestre sofre o impacto inicial, o da projeção, e o da queda, ou seja, são três momentos em que a vítima pode sofrer lesões. ■

Febre Amarela

Se você mora ou vai viajar para área rural, de mata ou silvestre procure uma Unidade Básica de Saúde do SUS e vacine-se contra a Febre Amarela.

Saiba mais: www.saude.mg.gov.br/febreamarela



GOVERNADOR



O QUE É FEBRE AMARELA?

Fonte: Ministério da Saúde¹

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda imunoprevenível cujo agente etiológico é transmitido por vetores artrópodes. O vírus da febre amarela é um arbovírus do gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*. O vírus é transmitido pela picada dos mosquitos transmissores infectados e não há transmissão direta de pessoa para pessoa. A vacina é a principal ferramenta de prevenção e controle da doença.

O vírus apresenta dois ciclos epidemiológicos de transmissão distintos – silvestre e urbano. Do ponto de vista etiológico clínico imunológico e fisiopatológico, a doença é a mesma nos dois ciclos. No ciclo silvestre da febre amarela, os primatas não humanos (macacos) são os principais hospedeiros e amplificadores do vírus, e os vetores são mosquitos com hábitos estritamente silvestres, sendo os gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* os mais importantes na América Latina. Nesse ciclo, o homem participa como um hospedeiro acidental ao adentrar áreas da mata. No ciclo urbano, o homem é o único hospedeiro com importância epidemiológica, e a transmissão ocorre a partir de vetores urbanos (*Aedes aegypti*) infectados.

Quadro clínico

O período de incubação no homem varia de 3 a 6 dias, podendo

se estender até 15 dias. A viremia humana dura, no máximo, 7 dias e vai de 24-48 horas antes do aparecimento dos sintomas até 3 a 5 dias após o início da doença, e é durante esse período que o homem pode infectar os mosquitos transmissores. Nos casos que evoluem para a cura, a infecção confere imunidade duradoura.

O quadro clínico típico caracteriza-se por manifestações de insuficiência hepática e renal, tendo em geral apresentação bifásica com um período inicial prodrômico (infecção) e um toxêmico.

O período prodrômico dura cerca de 3 dias, tem início súbito e sintomas inespecíficos como febre, calafrios, cefaleia (dor de cabeça), lombalgia, mialgias generalizadas, prostração, náuseas e vômitos. Após esse período, geralmente ocorre declínio da temperatura e diminuição dos sintomas, provocando uma sensação de melhora no paciente. Dura poucas horas, no máximo 1 ou 2 dias.

Por fim, inicia-se o período toxêmico, quando reaparece a febre, a diarreia e os vômitos com aspecto de borra de café; instala-se quadro de insuficiência hepatorenal, caracterizado por icterícia, oligúria, anúria e albuminúria acompanhado de manifestações hemorrágicas, gengivorragia, epistaxe, otorragia,

hematêmese, melena, hematúria, sangramentos em locais de punção venosa e prostração intensa, além de comprometimento do sensorio com obnubilação mental e torpor, com evolução para coma e morte. O pulso torna-se mais lento, apesar da temperatura elevada. Essa dissociação pulso-temperatura é conhecida como Sinal de Faget.

Tratamento

Não existe um tratamento específico no combate à febre amarela. Como os exames diagnósticos da doença demoram em média até uma semana, o tratamento de apoio deve ser iniciado em caso de suspeita clínica da doença. O tratamento é apenas sintomático, com cuidadosa assistência ao paciente que, sob hospitalização, deve permanecer em repouso, com reposição de líquidos e de perdas sanguíneas quando indicado. Os pacientes que apresentam quadros clínicos clássicos e/ou fulminantes devem ter atendimento em Unidade de Terapia Intensiva, de modo que as complicações sejam controladas e o perigo de morte eliminado. ■

¹ Cadernos de Atenção Básica Ministério da Saúde de Zoonoses Brasília - DF 2009 - Vigilância em Saúde (<https://goo.gl/DB5Htj>).

Saúde para Todas e Todos. Este é o nosso compromisso.

Minas são muitas. E por entender que o estado é diverso, a **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)** tem trabalhado para que as ações do **Sistema Único de Saúde (SUS)** sejam construídas de forma participativa, plural e descentralizada.

Saiba mais:

www.saude.mg.gov.br

-  /saudemg
-  @saudemg
-  @saudemg
-  /saudemg
-  blog.saude.mg.gov.br



SECRETARIA DE
SAÚDE



SURTO DE FEBRE AMARELA EXIGE AGILIDADE NAS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PÚBLICA

Papel da comunicação social foi decisiva para informar a população sobre a doença e alertar sobre a importância da vacina oferecida pelo SUS

Por Vívian Campos

Segunda-feira, 02 de janeiro de 2017. As Regionais de Saúde de Teófilo Otoni e de Coronel Fabriciano notificaram aos técnicos da **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)**, em Belo Horizonte, a ocorrência de casos suspeitos de febre hemorrágica em municípios que fazem parte daquelas regionais.

Considerando as características clínicas que foram observadas, a evolução rápida dos casos e também a ocorrência de morte de macacos naquelas localidades, o que é um forte indicativo para a febre amarela, tudo indicava que poderia ser realmente essa doença. Dias depois, a SES-MG já confirmava os primeiros casos de febre amarela no estado, após muitos anos.

“Esse relato é preocupante do ponto de vista da saúde pública, pois estamos falando de vidas perdidas em decorrência de uma doença que há anos não circulava no estado (o último registro foi de 1 caso de febre amarela silvestre, que ocorreu em 2009) e também por ser um agravo de saúde que pode ser evitado por meio

da vacina, disponível gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)”, lembra o Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde, Rodrigo Said.

Somado a isso, a febre amarela ainda é pouco conhecida pela população, já que o último registro da **febre amarela urbana** no país foi em 1942. Mas essa situação também é inquietante sob a perspectiva da comunicação, porque impõe um desafio vigoroso para os profissionais que atuam na área e precisam agir rápido para comunicar, informar e mobilizar a população acerca do problema, e sempre com o cuidado e prudência que a questão exige.

Para o Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, Sávio de Souza Cruz, “o papel da Assessoria de Comunicação da SES-MG foi e tem sido fundamental para atravessarmos esse momento. Durante situações de crise, algumas assessorias costumam adotar atitudes equivocadas, como evitar a imprensa e as pautas negativas, o que gera erros como a desinformação da sociedade e, até mesmo, informações errôneas. Mas não foi o que vimos na

Assessoria de Comunicação Social da SES-MG”, destaca.

“Em todo bom manual de gestão de crises de comunicação é intensificada a necessidade de se agir rápido frente à situação, já que, deste modo, as instituições e/ou governos demonstram que têm o controle da situação e que são transparentes, o que minimiza a sensação de incerteza e insegurança na população, evitando assim uma situação de pânico”, explica a jornalista e assessora-chefe da Assessoria de Comunicação Social da SES-MG, Romya Lanza.

E a SES-MG seguiu essa regra à risca, prova disso foi que no dia 06 de janeiro, sexta-feira, apenas 4 dias após as primeiras notificações, publicou nota em seu *site* informando que estava investigando casos suspeitos de febre hemorrágica e dizendo das medidas que estava adotando.

“A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) notificou ao Ministério da Saúde a suspeita de 12 casos de febre hemorrágica, com a ocorrência de cinco óbitos nos municípios de Ladainha, Malacacheta,



O secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, Sívio Souza Cruz, e o subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde da SES-MG, Rodrigo Fabiano do Carmo Said, realizaram entrevista coletiva à imprensa para falar dos casos de febre amarela em Minas Gerais. Foto: Marcelo Sant'Anna / Imprensa MG.

Frei Gaspar, Caratinga, Piedade de Caratinga e Imbé de Minas. Dentre as doenças sob suspeita estão a febre amarela, dengue, leptospirose e febre maculosa. Os testes para o diagnóstico da doença estão sendo realizados no laboratório da Fundação Ezequiel Dias (Funed)”, diz um trecho da nota.

Além de informar que Minas Gerais é uma região em que a vacina contra a febre amarela é recomendada e distribuída gratuitamente pelo SUS, na nota é ressaltado também que uma equipe técnica já estava em campo para investigar os casos e apoiar as ações frente à doença.

Àquela altura, a situação envolvendo a incidência de febre amarela em Minas Gerais já havia sido considerada, desde os primeiros registros, uma prioridade pelo governador Fernando Pimentel, o que reforçou o caráter estratégico da boa comunicação com a população. Ele decretou situação de emergência

em saúde pública nas áreas afetadas, onde esteve acompanhado de autoridades sanitárias, bem como liberou R\$ 26 milhões para o combate ao surto.

Além disso, o governador mobilizou secretários, garantiu apoio logístico aos municípios, reforçou o contingente de agentes de saúde, de Defesa Civil e da Polícia Militar para assegurar a vacinação em massa naquelas localidades. Em outro decreto, criou a **Sala de Situação**, um comitê multisetorial instalado na Cidade Administrativa com o objetivo de monitorar indicadores epidemiológicos, as ações administrativas e favorecer o uso de informações para tomada imediata de decisões.

O governador também teve papel preponderante ao levar uma palavra de tranquilidade à população. “A febre amarela, que o Brasil julgava erradicada há 70 anos, se manifesta outra vez e mostra muita força nessa região aqui em Minas Gerais.

O quadro é de preocupação, mas não há motivo de alarme. As providências já estão sendo tomadas, mas nós não podemos esmorecer e não podemos vacilar. Hoje essa é a mais importante questão para o Governo do Estado”, destacou na ocasião Fernando Pimentel.

Na segunda-feira, 09 de janeiro, a SES-MG convocou a primeira coletiva de imprensa para apresentar a situação. Naquele dia já estavam sendo investigados 23 casos suspeitos de febre hemorrágica aguda e, desses casos, 16 tiveram respostas laboratoriais positivas para febre amarela, e os outros seguiam em investigação. Dos 23 casos, 14 evoluíram para óbito, mas ainda não se sabia se todas as mortes estavam relacionadas à febre amarela. Esses casos aconteceram em 15 municípios das regionais de Teófilo Otoni, Coronel Fabriciano, Manhumirim e Governador Valadares, que estavam em alerta.

Naquele dia, o Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde, Rodrigo Said, já se mostrava cauteloso. “A notificação desses casos põe o estado em alerta. Apesar desses 16 casos terem dado positivo para febre amarela, em exame laboratorial, ainda está sendo realizada uma investigação epidemiológica com as famílias, históricos de vacinação e deslocamentos desses pacientes, entre outras informações complementares importantes, para confirmação final dos casos”, explicou.

Principais atividades

Em um momento tão delicado como esse, foi exigida da Assessoria de Comunicação Social da SES-MG a atenção especial para uma série de atividades, entre elas:

- Correr contra o tempo, apurando junto às áreas técnicas cada nova demanda de imprensa que

chegava, cada boato, cada mensagem em grupo de Whatsapp que propagava uma informação que mais alarmava do que informava. Explicar didaticamente sobre a doença para cada jornalista que ligava, de várias regiões do país e do mundo, os quais, na maior parte das vezes, muito pouco sabiam.

- Escrever matérias sobre a doença, detalhando sobre a vacina, casos e as ações do estado. Preparar, convocar e acompanhar coletivas de imprensa e, em meio a tudo isso, conseguir inovar com uma transmissão ao vivo dessas coletivas pelo Facebook e também estreitar um programa de tira-dúvidas ao vivo pelas redes sociais em que uma referência técnica da Secretaria fala e responde dúvidas sobre a febre amarela. Ainda no Facebook, uma Linha do Tempo foi criada para informar ao público todas as ações da SES-MG para o enfrentamento da doença, conforme pode ser visto no link <<https://goo.gl/gdxgVt>>.
- Responder a cada pergunta que as cidadãs e os cidadãos faziam nas redes sociais e também pelo Fale Conosco sobre a febre amarela. Criar uma seção no site, o <www.saude.mg.gov.br/febreamarela>, em menos de 10 dias contendo as principais informações sobre a doença, as perguntas mais recorrentes da imprensa, os dados, as notas técnicas, os boletins epidemiológicos e dados de interesse não só dos profissionais de saúde, mas também dos cidadãos comuns.
- Pensar num conceito de uma campanha não prevista e emergencial, considerando que a vacina contra a febre amarela já fazia

parte do calendário rotineiro de vacinação no estado, sendo preciso ir além da importância da vacina. Repassar informação à agência de publicidade para preparar o material e depois corrigir, melhorar e aprovar a campanha rapidamente nos meios de comunicação.

Resumidamente, foram essas as principais tarefas que ficaram nas mãos da equipe de comunicação social da SES-MG, conforme lembra o próprio Secretário, Sávio Souza Cruz, que acompanhou de perto a situação. “Os gestores e técnicos foram conscientizados pela Assessoria de Comunicação sobre a importância de ficarem disponíveis para a imprensa. Transparência foi a principal orientação que recebemos e passamos”, enfatiza.

“Nossa equipe não fugia das pautas negativas, muito pelo contrário, sabia que elas mereciam atenção especial. As respostas eram sempre fornecidas no prazo, de forma clara e objetiva. Nenhuma demanda deixou de ser atendida. Paralelamente a isso, as redes sociais eram prontamente alimentadas com informações sobre vacinas, principais ações desenvolvidas pelo Governo, uma campanha informativa sobre os macacos (hospedeiros, e não transmissores da febre amarela). Um *hotsite* foi criado. Na área de Publicidade, uma campanha voltada para a área afetada foi lançada na mesma semana do surto e outra para todo o estado dias depois. Enfim, o trabalho de toda a Assessoria de Comunicação foi fundamental para auxiliar nossas equipes técnicas e, desta forma, minimizarmos a crise gerada pelo surto da febre amarela”, relembra Romyna.

Só para se ter uma ideia do volume de trabalho da Assessoria de Comunicação, de janeiro a fevereiro de

2017 foram divulgados 30 informes epidemiológicos. No mês de janeiro, foram 487 demandas de imprensa atendidas, destas, 336 foram sobre febre amarela. Dentro do Brasil, os veículos que mais demandaram foram, nessa ordem: TV Globo: com 54 demandas; *O Tempo*: 47; Afiliadas Globo: 40 (EPTV, Inter TV e TV Integração); *O Estado de Minas*: 37; Grupo Band: 28; TV Record: 22; *Hoje em Dia*: 19; Rede Minas: 18; CBN: 17; Portal G1: 17; Itatiaia: 16; Afiliadas Record: 13. Já os veículos Internacionais que mais demandaram foram: *The New York Times*: 4; Deutsche Welle: 3; The Associated Press: 2; Agência *Sputnik*, Agência *EFE*, *The Intercept*, *El País*, *France Presse*, Radio France Internationale, BuzzFeed, CCTV China: 1 cada. Já em fevereiro, quando a situação havia ficado mais controlada, tivemos 206 demandas; destas, 110 foram sobre a febre amarela.

Em 21 de março de 2017, terça-feira, a SES-MG divulgou nova atualização sobre os casos de febre amarela. Foram notificados 1.124 casos, sendo que 347 foram confirmados em 54 municípios e 123 pessoas vieram a óbito em decorrência da doença. No final do mês de fevereiro e início de março, foi observada uma queda nas confirmações dos casos e também nas mortes, mas a febre amarela ainda preocupa e segue como um verdadeiro desafio para as autoridades de saúde pública e para os profissionais que atuam nas assessorias de comunicação.

“A lição que fica é que não se pode desconsiderar que crises em saúde pública acontecem e têm um potencial de afetar a vida das pessoas. Adicionado a isso, as assessorias de comunicação devem atuar sempre em sintonia com a instituição porque são os profissionais de

comunicação que contam com os recursos técnicos e teóricos necessários para trabalhar a informação e conduzir a crise da maneira que cause menos danos à imagem da instituição, porém, de maneira transparente, ética e honesta com a população”, afirma Romyna Lanza.

Transparência

Em abril, o Subsecretário Rodrigo Said esteve em audiência pública convocada pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG), onde apresentou os dados sobre a febre amarela e debateu o cenário epidemiológico da doença no estado. Na oportunidade, destacou a redução do número de notificações, que se deu graças ao trabalho de imunização e controle da doença nas regiões endêmicas.

“Desde a primeira quinzena de fevereiro houve uma redução no número das notificações de febre amarela. O último caso confirmado, até o momento, teve início dos sintomas em 14 de março de 2017. Isso significa uma estabilização do cenário epidemiológico”, explicou Rodrigo Said.

Além da vacinação, o Governo de Minas Gerais, por meio da SES-MG,

realizou uma série de ações para controle, prevenção e enfrentamento da doença e, consequentemente, no atendimento dos pacientes. Foi definido um novo fluxo de atendimento em hospitais de referência para a doença, com a abertura de novos leitos e organização da rede assistencial. Juntamente com as vacinas, foram enviados medicamentos como soro, paracetamol e dipirona para os municípios com maior número de casos e hospitais de referência.

Profissionais de saúde, incluindo gestores e médicos, foram enviados às regiões afetadas, facilitando a investigação do surto e do fluxo de atendimento dos pacientes. A SES-MG também solicitou o deslocamento de profissionais voluntários da Força Nacional do SUS para as áreas afetadas, e a Polícia Civil disponibilizou helicóptero para reforçar a entrega de vacinas contra febre amarela no interior do estado.

O Subsecretário Rodrigo Said também falou da importância das campanhas de comunicação no enfrentamento à febre amarela. Cartazes, cartilhas e *spots* foram utilizados como forma de alertar a população sobre a importância de se vacinar pelo SUS, principalmente

quem mora ou vai viajar para área rural, de mata ou silvestre, locais onde há maior possibilidade de se contrair a doença.

Ação exitosa

Já em maio deste ano, o **Hospital Eduardo de Menezes**, da **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)**, recebeu a visita de representantes da equipe da **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)** que vieram conferir de perto os resultados positivos do trabalho feito pela unidade de saúde no período de surto da febre amarela, que aconteceu no início deste ano.

Contando com o apoio da OPAS, do Ministério da Saúde e da Força Nacional do SUS, a **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)** articulou diversas ações no SUS tanto na área de imunização e distribuição das doses de vacina em todo o estado, quanto no atendimento nos serviços de saúde aos casos suspeitos de febre amarela. Além disso, a OPAS auxiliou a SES-MG na construção do **Protocolo de Manejo Clínico**, que orientou os profissionais de saúde para o atendimento dos casos suspeitos da doença.

Ainda, durante a visita, a equipe de TV da OPAS gravou uma reportagem, que será disponibilizada em breve, sobre as ações de controle, enfrentamento e prevenção da febre amarela em Minas Gerais, que colocaram o hospital como referência para o tratamento de casos suspeitos da doença. ■



O Governador de Minas Gerais, Fernando Pimentel, ao lado do secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, Sávio Souza Cruz, e o subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde da SES-MG, Rodrigo Fabiano do Carmo Said, visitaram a Sala de Situação criada para o enfrentamento da febre amarela. Foto: Verônica Manevy / Imprensa MG.



Missão ESP-MG

Fortalecer o SUS,
produzindo e disseminando
conhecimentos

junto a usuários,
trabalhadores e gestores,

por meio de ações
com a Educação

Permanente
em Saúde

como referencial
político-pedagógico



A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTROLE DA FEBRE AMARELA FOI DECISIVA PARA A REDUÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES

Ações conjuntas das vigilâncias epidemiológica e ambiental no SUS em Minas Gerais mobilizaram diversas áreas da saúde pública de forma exitosa.

Por Sílvia Amâncio

Passados quase 20 anos do último surto de febre amarela em Minas Gerais (2003), em janeiro deste ano, casos da doença foram confirmados no estado no ambiente silvestre e atingindo áreas rurais com população suscetível (aquelas que não foram imunizadas), inclusive com óbitos.

A enfermidade não é originária do Brasil. Foi trazida por meio de navios infestados de *Aedes aegypti* que realizavam o tráfico de humanos entre a costa africana e a brasileira e, segundo dados históricos do Ministério da Saúde, apareceu pela primeira vez em Pernambuco, em 1685, e depois em Salvador, alastrando-se pelo país. A forma urbana da doença foi eliminada no Brasil desde meados de década de 1940, fruto de controle do vetor e de campanhas pontuais de imunização da população. Na África, ainda há casos urbanos, e cerca de 90% das notificações anuais provém desse

continente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Dados do Informe Epidemiológico da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), de 1999, já afirmavam que o perfil epidemiológico da doença se caracteriza por surtos que se manifestam de forma cíclica (um intervalo de sete a dez anos), o que segundo Cristiana Miranda, veterinária e pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), sugere que desde o último surto se formou uma “nova população suscetível”, que não havia sido imunizada contra o vírus. “A vacinação é o diferencial nesse processo. A vacina contra a febre amarela está disponível em todo território nacional e a população precisa ser imunizada. Além disso, é necessária uma vigilância permanente dos animais para detectar e investigar epizootias que sempre antecedem os casos humanos”, diz.

Ações conjuntas

Sobre essa vigilância em relação aos animais, a veterinária destaca a importância das ações interdisciplinares com as áreas de vigilância epidemiológica e ambiental que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de enfrentamento a futuros surtos de febre amarela. “É um desafio para as regionais de saúde manterem esse trabalho em conjunto com a vigilância ambiental dos municípios, o monitoramento dos primatas não humanos”, explica.

A pesquisadora destaca ainda que o aumento da frequência das epizootias em primatas não humanos deve ser acompanhado tanto pela área de vigilância – e isso abrange todas as 28 regionais de saúde do estado – quanto por pesquisadores, a fim de se conhecer melhor a dinâmica da doença no estado.

Geografia da Saúde

Aliar dados de saúde e geográficos no enfrentamento de doenças e de surtos epidemiológicos apresenta-se como mais um aliado no controle da febre amarela. Esse campo de conhecimento que alia fatores geográficos e humanos é antigo e oferece uma visão ampliada de fatores que podem interferir no ressurgimento de surtos, endemias e epidemias.

No Brasil, o precursor desse “saber”, a Geografia da Saúde, foi o médico e geógrafo pernambucano Josué de Castro (1908-1973), que registrou suas pesquisas na obra *Geografia da fome*, marco das informações sobre fome e miséria, o que consequentemente afetou, e infelizmente ainda afeta a saúde do povo brasileiro, de forma mais grave nos Vales do Jequitinhonha (Minas Gerais) e no norte e nordeste do país.

Meio ambiente

A bióloga da ESP-MG, Juliana Santos, com base na bibliografia existente sobre a doença, explica que em matas alteradas pela ação humana os vetores silvestres, que habitam as copas de árvores, descem ao nível do solo, podendo picar seres humanos. “O ciclo urbano se estabelece quando o ser humano que adentrou regiões de mata é picado por uma dessas espécies infectadas e que, ao voltar para ambientes urbanos, leva o vírus em seu organismo, servindo de fonte de infecção para o vetor urbano, o mosquito *Aedes aegypti*. Este, ao picar outro ser humano, inicia a propagação da enfermidade em centros urbanos. Assim, o vírus que circula em ambientes silvestres é o mesmo de centros urbanos, não havendo, portanto, diferenças na patogenia da doença”, diz.

A bióloga destaca ainda que os insetos vetores permanecem infectados durante todo seu ciclo de vida, desempenhando o papel de reservatórios da doença, diferentemente de macacos e humanos que, ao ficarem doentes, ou se curam e ficam imunes ou morrem. “Por isso não se justifica os ataques a macacos pela população, que entende que estes são uma ameaça à saúde humana”, enfatiza.

Em uma direção mais ampliada para se entender esse último surto da doença, não deve ser descartado o grave, e por que não dizer permanente, desequilíbrio ambiental na Região da Bacia do Rio Doce (principais casos em municípios dessa bacia), ocorrido em novembro de 2015, provocado pelo rompimento de barragem de rejeitos de atividade de mineração.

A situação nessa região, que abrange o município de Mariana (MG) e se estende até o município de Regência (ES), é um grave caso

de saúde pública e socioambiental, que carece de pesquisas e amostragens, já que o último surto no estado também teve predominância nessa região, de acordo com dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Informação como aliada

O amplo trabalho de informação e educação em saúde que vem sendo realizado em conjunto no Sistema Estadual de Saúde em Minas Gerais é diferencial para que a população entenda a gravidade da febre amarela e também se conscientize sobre a importância da vacinação e sobre as áreas onde realmente há risco.

Além disso, os profissionais da saúde pública devem ficar atentos às novas diretrizes, informes epidemiológicos, decretos e notas técnicas que orientam todo o acolhimento, tratamento e monitoramento das ações de saúde da população mineira. ■





AGENDE SUA DOAÇÃO DE SANGUE
LIGUE 155 OPÇÃO 8

MAIS INFORMAÇÕES ACESSE
www.hemominas.mg.gov.br



SECRETARIA DE
SAÚDE



HEMOMINAS REFORÇA SEGURANÇA NAS DOAÇÕES E TRANSFUSÕES DE SANGUE DURANTE O SURTO DE FEBRE AMARELA

Medida foi decisiva para auxiliar no controle, enfrentamento e prevenção da doença em Minas Gerais

Por Heloísa Machado

Diante da confirmação do surto de febre amarela envolvendo municípios mineiros, a Fundação Hemominas tem adotado uma série de medidas preventivas na triagem de doadores que reforcem a segurança transfusional e não comprometam a qualidade do sangue destinado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde janeiro de 2017, foram acrescentados novos critérios para a triagem clínica de doadores.

Estas ações se deram logo no início do surto, quando a Hemominas participou da reunião convocada pela SES-MG em 11 de janeiro, em conjunto com o Ministério da Saúde, para discussão da situação de crise e definiu as estratégias do Plano de Contingência que seria adotado frente ao surto de febre amarela, que atingia, naquela data, 10 municípios (área afetada), abrangendo ainda outros 36 municípios (área ampliada).

A primeira medida foi o reforço da importância do candidato à

doação de sangue fornecer informações sobre viagens e visitas às áreas afetadas. Caso o doador seja proveniente dessas regiões, ele ficará 30 dias inapto para realizar sua doação. Devido à ausência de recomendação específica para a febre amarela, foi adotado o mesmo critério utilizado para a malária.

Ao agendar pelo 155, opção 8, o doador também deverá informar ao atendente se recebeu a vacina contra a febre amarela. Caso ele tenha sido vacinado, fica impedido de realizar sua doação por quatro semanas, a contar da data da vacinação. Já o doador que teve a doença poderá doar sangue somente seis meses após a cura. Esse mesmo critério também foi adotado para a dengue hemorrágica.

Durante a triagem clínica que antecede a doação, os doadores também são orientados a informar se apresentarem sintomas ou sinais sugestivos de arboviroses (dengue, chikungunya e zika). Se houver aparecimento de sintomas

de arboviroses em até 14 dias após a doação, como febre e dor de cabeça, o doador deve entrar em contato com a unidade em que realizou a doação de sangue informando sobre o ocorrido. É importante que a pessoa que apresente sintomas de arboviroses procure o serviço de saúde pública de sua cidade para diagnóstico e acompanhamento.

Oficina

Nos dias 17 e 18 de maio de 2017, a Fundação Hemominas realizou, em Belo Horizonte, o Encontro de Gerentes Técnicos da Rede Hemominas, para analisar e discutir o Plano de Contingência adotado pela Fundação durante o surto de febre amarela em Minas Gerais.

No encontro, foi apresentado o Plano de Contingência criado para a Copa das Confederações de 2013 e Copa do Mundo de 2014 e adaptado para o surto de febre amarela. “O Plano de Contingência foi criado para conseguirmos atender um possível aumento de demanda

de hemocomponentes durante grandes eventos. O nosso desafio foi adaptá-lo para uma situação de epidemia, respeitando o princípio obrigatório de manter a segurança do doador e do receptor de sangue”, explicou a assessora da diretoria técnico-científica, Raquel Delgado.

De acordo com o diretor técnico-científico da Hemominas,

Fernando Basques, o encontro tratou basicamente da gestão de crise, estoque de sangue e captação de hemocomponentes. “Vivenciamos uma catástrofe real durante o surto de febre amarela no estado. Apresentamos os pontos do Plano de Contingência que foram colocados em ação e fizemos um exercício de como se organiza um gabinete de

crise visando atender à demanda por hemocomponentes com sucesso e aperfeiçoar as nossas ações nessas situações”, afirmou.

Durante a oficina, foram debatidos temas como controle de estoque de hemocomponentes; captação de doadores; gestão de equipamentos da cadeia de frios; logística e transporte de hemocomponentes. ■

GUIA DE ORIENTAÇÃO TRANSFUSIONAL EM FEBRE AMARELA

Seguindo os conceitos e diretrizes do “Alerta Clínico Epidemiológico”, de 13 de janeiro de 2017, divulgado pela SES-MG, este guia traz orientações adicionais sobre o suporte hemoterápico para pacientes de casos suspeitos ou confirmados de febre amarela.

Devido à ausência de protocolos transfusionais específicos para a doença, as orientações foram baseadas no “Alerta Clínico-Epidemiológico”, na literatura disponível e no manejo transfusional da dengue, do paciente crítico e *guidelines* internacionais

de transfusões. A transfusão de hemocomponentes é mais um arsenal terapêutico no suporte clínico dos pacientes com arboviroses, e deve ser utilizada considerando seus riscos e benefícios. Para baixar o guia, acesse: <<https://goo.gl/G3bNHg>>.





FHEMIG[®]

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Cuidando da saúde dos mineiros.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país, totalmente integrada ao Sistema Único de Saúde - SUS e abrange diversas especialidades de serviços hospitalares.

CONHEÇA A FHEMIG

COMPLEXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Hospital João XXIII (HJXXIII) - Belo Horizonte
Unidade Ortopédica Galba Veloso (UOGV) - Belo Horizonte
Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) - Belo Horizonte
Hospital Cristiano Machado (HCM) - Sabará
Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) - Belo Horizonte

COMPLEXO DE HOSPITAIS GERAIS

Hospital Júlia Kubitschek (HJK) - Belo Horizonte
Hospital Regional Antônio Dias (HRAD) - Patos de Minas
Hospital Regional João Penido (HRJP) - Juiz de Fora
Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HGBJA) - Barbacena

COMPLEXO DE ESPECIALIDADES

Maternidade Odete Valadares (MOV) - Belo Horizonte
Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) - Belo Horizonte
Hospital Eduardo de Menezes (HEM) - Belo Horizonte

COMPLEXO DE SAÚDE MENTAL

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) - Barbacena
Hospital Galba Veloso (HGV) - Belo Horizonte
Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) - Belo Horizonte
Instituto Raul Soares (IRS) - Belo Horizonte
Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI) - Belo Horizonte

COMPLEXO DE REABILITAÇÃO E CUIDADO AO IDOSO

Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA) - Bambuí
Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI) - Betim
Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE) - Três Corações
Casa de Saúde Padre Damião (CSPD) - Ubaí

COMPLEXO MG TRANSPLANTES

MG Transplantes - Belo Horizonte

FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

SUS  Sistema
Único de Saúde

**MINAS
GERAIS**
GOVERNO DE TODOS

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Tel.: (31) 3239-9500-3239-9507 | Fax.: (31) 3239-9524

twitter.com/redefhemig | facebook.com/comunicafhemig | www.fhemig.mg.gov.br

HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES SE TORNA REFERÊNCIA ESTADUAL NO ATENDIMENTO DE CASOS DE FEBRE AMARELA

Unidade hospitalar da Rede Fhemig se destacou por conseguir acolher pacientes oriundos das regiões afetadas pelo surto da doença em tempo hábil

Por Alexandra Marques

Entre os dias 10 de janeiro e 20 de fevereiro de 2017, o Hospital Eduardo de Menezes (HEM) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) foi o protagonista do atendimento aos quadros mais graves dos casos suspeitos de febre amarela notificados em Minas Gerais. O desempenho da unidade assistencial resultou numa taxa de alta hospitalar de 72% e contribuiu para a elaboração das diretrizes técnicas para o manejo da febre amarela, documento inédito no país, lançado no auge do enfrentamento da doença, e decorrente do trabalho conjunto do HEM, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Dos 83 homens e mulheres que ingressaram no HEM, 60 receberam alta (72,3%), 16 evoluíram para óbito (19,3%) e 07 permaneciam internados (8,4%) até o dia 20 de fevereiro, data em que se registrou uma redução expressiva no número de casos notificados diariamente no território mineiro.

Ações iniciais

Quando chegou a Caratinga, em 09 de janeiro, para organizar o fluxo de atendimento local aos casos suspeitos de febre amarela e de encaminhamento dos pacientes em estado grave para Belo Horizonte,

a diretora do Hospital Eduardo de Menezes (HEM-Fhemig), Thaysa Drummond, não fazia ideia de que enfrentaria, nos 42 dias que se seguiram, o maior surto de febre amarela da história da doença no país e que apresentou pico de transmissão em Minas Gerais entre a segunda e terceira semanas do ano, tendo Caratinga como o município com o maior número de casos notificados.

Trabalho de campo

Paralelamente ao trabalho de campo desenvolvido por Thaysa, o gerente assistencial do HEM, Dario Ramalho, providenciou o envio de 16 médicos infectologistas para as duas microrregiões que



A diretora do HEM, Thaysa Drummond, se despede de Flávia Agarido, primeira paciente a dar entrada no CTI durante o surto de febre amarela.

concentravam o maior número de possíveis casos da doença: Caratinga e Teófilo Otoni. A maior parte da equipe (14) pertencia ao HEM, e os outros 2 componentes aos hospitais João XXIII e Júlia Kubistchek. Os infectologistas circularam pelas cidades do entorno das regionais e, assim como Thaysa, organizaram o fluxo de atendimento naquelas localidades e de envio a Belo Horizonte, como também prestaram assessoria às secretarias de saúde locais, no período que se estendeu do dia 10 de janeiro a 16 de fevereiro, quando o último membro da equipe retornou.

Regime emergencial

Ao longo desse período, os médicos contratados em regime emergencial, para fazer face ao aumento da demanda assistencial, substituíram, gradativamente, os profissionais que haviam sido deslocados dos três hospitais para aquelas regiões. Dario lembra que, “após as duas primeiras semanas, os médicos presentes nas áreas endêmicas já estavam atuando primordialmente como lideranças naquelas regiões”, o que permitiu maior controle da situação e o adequado direcionamento dos

casos. Para cobrir os médicos do HEM que se deslocaram para as áreas endêmicas, e até que as contratações emergenciais iniciassem seu trabalho, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas de várias unidades da Fhemig também atuaram em sistema de planejamento estratégico no HEM, num processo de integração institucional.

Situação inédita

“Foi um surto sem precedentes no país”, sublinha Dario. Pelos dados do Ministério da Saúde, o atual surto é o maior desde 1980, quando teve

início a disponibilização de informações estatísticas sobre a doença – série histórica. O gerente assistencial ressalta que cerca de 20% dos casos gerais são graves, e desses, 50% evoluem para óbito.

A equipe do hospital nunca havia vivenciado uma situação de surto de febre amarela de dimensões semelhantes ao deste ano. “Eu não consigo descrever o que foram a primeira e a segunda semanas de atendimento aos pacientes. Parecia uma situação de guerra, a maioria era homens, trabalhadores rurais. Pessoas dignas, honestas, que estavam no auge da sua vida produtiva”,

relata com perplexidade a coordenadora médica do CTI, Neimy Oliveira. “Foi um momento de muita reflexão, não só profissional, como também pessoal e social”, pondera Neimy.

Ainda segundo a coordenadora médica do CTI, o sofrimento tomou conta do hospital. Ao sofrer do paciente, somou-se o da família e o da equipe de profissionais da assistência. A velocidade com que ocorriam os óbitos, diante de uma doença avassaladora, exigiu o aperfeiçoamento diário da capacidade de resposta da equipe. Todos os dias, as medidas adotadas eram

revistas com o objetivo de superar os obstáculos que surgiam.

Readequação das rotinas

Os 2 primeiros pacientes com suspeita de febre amarela deram entrada no hospital no dia 10 de janeiro, e, no dia 13, eles já somavam 55. A forma quase imediata com que foram implementadas as ações para absorver o grande contingente de novos pacientes, inclusive com o acionamento de parte do plano de atenção em situações de catástrofes, desenvolvido no período da Copa do Mundo de Futebol, reafirmou a *expertise* do HEM, referência para

Profissionais que compõem a equipe do Centro de Terapia Intensiva do hospital, setor que ampliou sua capacidade de atendimento em 80% para fazer face à demanda da febre amarela.



o tratamento de doenças infecto-contagiosas em Minas Gerais. Em apenas dois dias, foi estruturado fluxograma que permitiu padronizar e nortear o atendimento. Além disso, houve a união de forças entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a Fhemig e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a fim de se alcançar o melhor atendimento possível aos casos suspeitos.

Ao longo do período, foram disponibilizados pelo HEM 32 leitos de enfermaria e 18 de CTI, ação que implicou a reestruturação da capacidade de absorção da unidade

assistencial, que em pouco tempo ampliou em 80% o número de vagas no CTI. Em 23 de janeiro, foram criadas as primeiras 4 vagas e, três dias depois, os leitos extras somavam 18, conforme relata a coordenadora de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva, Amanda Fagundes. Além disso, o Hospital Júlia Kubitschek (Fhemig), unidade localizada próxima ao HEM, também disponibilizou outros 10 leitos para atender a uma possível expansão da demanda que ultrapassasse a capacidade de readaptação dos leitos do Hospital Eduardo de Menezes.

Primeiro caso

Primeira paciente com suspeita de febre amarela a dar entrada no Centro de Tratamento Intensivo do HEM, Flávia Agarido, 32 anos, moradora da zona rural de Caratinga, chegou na madrugada do dia 10 de janeiro com insuficiência hepática grave, alteração de consciência e hemorragia. Em razão da alteração de consciência, entrou em coma cinco dias após sua admissão no hospital. A hemorragia persistiu e, como Flávia não saía do coma, desenvolveu várias complicações. Apesar disso, num dado momento, seu fígado começou um processo

Lourdes esteve ao lado de Flávia durante os quase 60 dias de sua internação.





Movida pela compaixão, Ivanilda Silva criou uma Casa de Apoio para receber os parentes dos pacientes que vieram do interior de Minas.

de recuperação gradativa e, após 35 dias de internação no CTI, teve alta para a enfermaria.

Antes de adoecer, Flávia realizava trabalhos esporádicos de faxina, capina e também atuava como cozinheira em uma chácara a 5 km de sua casa. Foi numa dessas capinas que ela entrou em contato com o mosquito. Iniciou os sintomas no dia 04 de janeiro, com febre e dor de cabeça. Quatro dias depois, o marido a levou para o hospital em Caratinga, pois os sintomas pioraram significativamente. No dia 09, teve início uma hemorragia gengival, e Flávia foi encaminhada para o HEM no dia 10.

Reconhecimento

A irmã da paciente, Maria de Lourdes Batista, a acompanha desde sua chegada a Belo Horizonte. “Quando eu soube que ela podia ter febre amarela, pensei logo no pior, mas nunca perdi a fé em Deus, quando Flávia entrou em coma, pensei que a gente ia perder ela. O que esses médicos e todos os funcionários fizeram e fazem. Se não fosse a maneira deles agir, ninguém escapava. A gente via no olhar deles que eles estavam assustados. Eu via eles ligando para outros médicos, para pedir opinião. Esse hospital é referência mesmo, e boa referência. Sem a dedicação deles, não escapava ninguém não!”, assegura Lourdes.

Com dificuldades para falar, devido ao longo tempo em que permaneceu respirando com a ajuda de aparelhos, Flávia balbucia que quando sair do hospital vai ficar com sua família, “não vejo a hora de ver os meus filhos”, revela ao esboçar um sorriso. Com visível esforço, ela sinaliza com o polegar em sentido afirmativo e arrisca mais

algumas palavras: “atendimento maravilhoso, ótimo”.

Diante da dor do outro

O grande fluxo de pacientes com suspeita de febre amarela trouxe consigo um número igualmente grande de parentes e amigos provenientes de diversas cidades do interior de Minas. Esse contingente de pessoas, muitas sem nenhum parente ou amigo na capital, chamou a atenção da auxiliar administrativa, Ivanilda Silva, de 49 anos de idade e 26 de trabalho no setor de Internação do HEM, primeiro local do hospital com o qual o paciente e seus familiares têm contato. A sucessão de rostos tristes e aparentemente famintos que passavam pela Internação e caminhavam pelos corredores do hospital durante o surto de febre amarela motivou Ivanilda a elaborar uma estratégia para ajudá-los. “Quem já passou fome reconhece quem está com fome pelo olhar”, diz a auxiliar administrativa, ao revelar um pouco de sua história de vida.

Casa de Apoio

No final de janeiro, Ivanilda convocou três amigos de infância e propôs que montassem uma “Casa de Apoio”, onde os parentes dos pacientes pudessem se alimentar, tomar banho e dormir. Nas duas semanas que se seguiram, eles alugaram dois barracões próximos ao hospital e deram início a uma verdadeira “corrente do bem” para arrecadar doações para mobiliar a casa e prover a despesa. No dia 13 de fevereiro, a Casa de Apoio abriu suas portas aos possíveis hóspedes.

A casa é constituída por dois barracões, um para mulheres e outro para homens, com seis vagas cada. O barracão destinado

aos homens ainda está em fase de montagem, mas Ivanilda ressalta que talvez ele também seja destinado às mulheres, porque, segundo ela, “quem pega o boi pelo chifre são as mulheres”.

Rede de colaboradores

Os doadores vêm de diversos locais, desde a comunidade vizinha ao hospital até moradores de comunidades mais distantes como o bairro Serra. “Teve gente dos Estados Unidos que se propôs a ajudar e que soube da Casa não sei como”, conta surpresa. O projeto tem ainda a ajuda do “braço direito” Adevaír Cláudio, do setor de Raios X do HEM. Durante as folgas, nas terças-feiras, ele se desloca pela cidade para buscar as doações.

A Casa de Apoio tem recebido uma ampla gama de itens: de geladeira, camas, roupas e cestas básicas a artigos de cozinha e higiene pessoal. Até agora, foram arrecadados suprimentos suficientes para seis ou sete meses, calcula Ivanilda. Com uma extensa rede de parceiros, ela recebe doações de farmácia, padaria e sacolão. “Se soubesse que as coisas iam ser assim, eu já tinha aberto a Casa há muito tempo”.

Ampliação

Embora a motivação inicial tenha sido oferecer abrigo aos parentes dos pacientes com suspeita de febre amarela, Ivanilda irá estender as vagas da Casa de Apoio a parentes de pessoas internadas nos hospitais Júlia Kubitschek e Metropolitano Dr. Célio de Castro, mais conhecido como “Hospital do Barreiro”. Animada com o sucesso da iniciativa, ela pretende, num futuro próximo, usar um dos barracões para receber pacientes com AIDS atendidos pelo HEM. ■

FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS

110 ANOS DE HISTÓRIA E AVANÇOS QUE CONTRIBUEM
PARA A SAÚDE PÚBLICA DO PAÍS!



ACESSE WWW.FUNED.MG.GOV.BR



FUNEDMG



FUNEDMG



FUNEDMG

RUA CONDE PEREIRA CARNEIRO, 80 - GAMELEIRA
CEP 30.510-010 - BELO HORIZONTE - MG
FALECONOSCO@FUNED.MG.GOV.BR
SAC - 0800 283 1980



FUNED
Fundação
Ezequiel Dias



FUNED É REFERÊNCIA ESTADUAL PARA A ANÁLISE CLÍNICA DAS NOTIFICAÇÕES DE CASOS DE FEBRE AMARELA EM MINAS GERAIS

Equipe do Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais de Minas realiza plantões e remanejamentos para responder em tempo ao surto

Por Nayane Breder

No início de janeiro deste ano, a equipe do Serviço de Virologia e Riquetsioses (SVR) do Laboratório Central de Minas Gerais (Lacen-MG), da **Fundação Ezequiel Dias (Funed)** recebeu amostras de pacientes para análise de febre amarela, que foram encaminhadas pela Subsecretaria de Regulação em Saúde, da **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)**. Como há muitos anos não havia registro de casos autóctones (quando a doença é contraída dentro do estado) de febre amarela, e a clínica dos pacientes era muito sugestiva, os servidores da Funed se mobilizaram para atender com urgência à demanda.

Devido ao grande número de amostras positivas em Mac-Elisa para febre amarela, a SES-MG sinalizou um provável surto da doença

e desencadeou imediatamente as ações de investigação, prevenção e tratamento. Em Minas Gerais, o último caso humano autóctone de febre amarela silvestre havia ocorrido em 2009, no município de Ubá, e evoluiu para cura. Porém, no início de 2017, a SES-MG foi notificada sobre a ocorrência de casos suspeitos de febre hemorrágica a esclarecer, em municípios das regiões de Teófilo Otoni, Coronel Fabriciano, Manhumirim e Governador Valadares, com a ocorrência de morte de primatas, conhecida como epizootia.

A febre amarela é uma doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por mosquitos, em áreas urbanas e silvestres, sendo que nestas, os principais vetores são os mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes*. O Sistema Único de

Saúde (SUS) oferece a vacina por meio do Calendário Nacional de Vacinação nas Unidades Básicas de Saúde, e, para o enfrentamento da doença em casos de surtos, intensifica a imunização, principalmente para as pessoas que moram ou irão viajar para áreas de risco.

Com a alta demanda de exames a serem feitos, as equipes dos demais laboratórios do Serviço de Virologia e Riquetsioses se reorganizaram para dar reforço à equipe envolvida no diagnóstico das arboviroses, para a realização dos exames no tempo necessário. Além dessa medida, os servidores se revezaram em escalas de plantões nos fins de semana.

“O tempo acordado para a entrega dos resultados é de 10 dias. Com a gravidade da situação, nos



desdobramos para liberar os resultados em uma média de 5 dias e, nos casos mais urgentes, como pacientes graves, óbito por suspeita de febre amarela e primeiros casos de suspeita da doença no município, chegamos a liberar em até 3 dias”, relata Maira Pereira, referência técnica do Laboratório de Arbovírus da Funed. Maira esclarece, ainda, que no caso de primeiro paciente com suspeita de febre amarela no município, é muito importante a rápida confirmação da

doença para que o Governo possa realizar as ações de prevenção e combate na região. “O compromisso e a disponibilidade da equipe do Lacen foi fundamental para a rápida resposta ao surto de febre amarela”, reforça Marluce Oliveira, diretora do Instituto Octávio Magalhães, onde funciona o Lacen-MG.

O trabalho da equipe do Serviço de Gerenciamento de Amostras Biológicas (SGAB) também é fundamental para que o fluxo ocorra de

forma eficaz. O SGAB é responsável por receber as amostras colhidas nas unidades de saúde e realizar conferência de temperatura, nome do paciente descrito na amostra e na ficha, se a amostra é a correta para a patologia solicitada, volume de amostra, entre outros. A agilidade dos processos no recebimento das amostras impacta diretamente na obtenção mais rápida dos resultados.

O Lacen-MG é único laboratório do estado que oferece o exame para



diagnóstico de febre amarela considerado padrão ouro de qualidade. A metodologia é a MAC-Elisa, que detecta anticorpos específicos contra o vírus da febre amarela a partir do sexto dia de início de sintomas do paciente.

Novo exame

A Funed, desde o dia 17 de fevereiro, passou a analisar as vísceras dos primatas encontrados mortos, para identificar se a causa da morte

foi a febre amarela, o que anteriormente era feito pelo Instituto Evandro Chagas (IEC) em Belém/PA ou pela Fiocruz/RJ. A análise, *post mortem*, é feita a partir do método conhecido como transcrição reversa acoplada à reação em cadeia da polimerase (RT-PCR), por meio da qual se identifica o material genético do vírus presente na célula do animal.

Segundo Marcos Vinícius Silva, analista de saúde do Serviço de

Virologia e Riquetsioses da Funed, o método utilizado foi possível graças à compra de insumos necessários para sua realização. “A equipe já realizava o método para os casos de dengue, zika, vírus respiratórios, riquetsioses e chikungunya, e aguardava apenas a chegada dos reagentes específicos para febre amarela. Agora, o resultado será mais rápido por não ser necessário o envio das amostras para outros estados”, relata. ■

Vigilância da qualidade da água para consumo humano: um olhar sobre a Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil

Surveillance of Drinking Water Quality:
a Look on the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Brazil

Alisson Martins Ramos¹
Fabiano de Almeida Célio²
Edna Maria Rezende³

¹Referência técnica em
Vigilância em Saúde
Ambiental (SES/MG)
amramosbh@
yahoo.com

²Referência técnica
em Vigilância
Epidemiológica
(SES/MG)

³Referência técnica em
Promoção da Saúde
(SES/MG)

RESUMO: Nas últimas décadas, houve grandes avanços em relação à implantação de sistemas de abastecimento de água e aos padrões de potabilidade no Brasil. Ainda são raros na literatura sobre a temática estudos que relacionam qualidade da água para consumo humano com a evolução das políticas de saneamento. Este artigo tem como objetivo descrever o histórico do processo de implantação do VIGIAGUA no país bem como apresentar e analisar os dados de vigilância da qualidade da água para consumo humano inseridos no SISAGUA dos municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) frente aos dados regionais e nacionais. Apresentou-se inicialmente o histórico de implantação do programa no país e, em seguida, analisou-se, por meio de estatística descritiva, os dados inseridos no SISAGUA, no período compreendido entre os anos de 2007 e 2016. Constatou-se avanços nas ações do programa, como a ampliação no número de análises dos parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez. Contudo, ainda persistem grandes desafios à consolidação das ações do programa em âmbito municipal.

Palavras-chave: Saúde ambiental. Água potável. Saneamento ambiental.

ABSTRACT: In the recent decades, there have been major advances in the implementation of water supply systems and potability standards in Brazil. Studies related to the quality of drinking water with the evolution of sanitation policies are still rare in the literature on the subject. The aim of this article was to describe the history of the VIGIAGUA implementation process in the country as well as analyze the drinking water quality surveillance data inserted in the SISAGUA of the municipalities of the Metropolitan Region of Belo Horizonte (MRBH) against regional and national data. The history of the implementation process of the program in the country was initially presented, and then the data inserted in SISAGUA between 2007 and 2016 were analyzed using descriptive statistics. There were advances in the actions of the program, such as the increase in the number of analyzes of total coliform parameters, free residual chlorine and turbidity. However, there are still major challenges to the consolidation of program actions at the municipal level.

Keywords: Environmental health. Drinking water. Environmental sanitation.

1. Introdução

A qualidade da água para consumo humano no Brasil vem ganhando relevância nas atuais políticas públicas, relacionando-se diretamente à saúde pública e à preservação ambiental, em especial após a publicação da Lei nº 9.433, de 1997 (Lei das Águas); da Portaria nº 1.469, de 2000, em que o Ministério da Saúde aprova a norma de qualidade da água para consumo humano; e da Lei nº 11.445, de 2007 (Lei do Saneamento Básico) (BRASIL, 1997; 2000; 2007).

A partir da década de 1970, com o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), notou-se um significativo aumento do número de habitantes com acesso ao serviço de abastecimento de água tratada, especialmente nos núcleos urbanos. Esse percentual mais que dobrou na década de 2000, ultrapassando a marca de 80% da população atendida por sistemas de abastecimento de água (HELLER; REZENDE, 2008).

Em 2005, surge o Decreto nº 5.440, que estabelece definições e procedimentos sobre o controle de qualidade da água de sistemas de abastecimento público, e ainda institui mecanismos e instrumentos para divulgação de informação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano (BRASIL, 2005). Atualmente, a Portaria nº 2.914/2011 é a legislação que estabelece os parâmetros nacionais para qualidade da água para consumo humano no Brasil (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de atender aos procedimentos descritos na Portaria nº 2.914/2011, os responsáveis pelo serviço de abastecimento devem realizar análises de controle da qualidade da água disponibilizada à população, para posterior envio às secretarias municipais de saúde. Estas, por sua vez, são responsáveis pela realização de análises de monitoramento/vigilância da qualidade da água, em quantidade e periodicidade orientadas pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano (BRASIL, 2006; 2016).

A partir dessa observação, a constituição de sistemas de abastecimento de água nas

localidades rurais e distritos, atendendo aos parâmetros de potabilidade estabelecidos pela legislação, mostra-se um grande desafio aos municípios e prestadores desse serviço. Isso se deve, em parte, pela falta de recursos humanos qualificados, bem como pelo baixo investimento estatal no setor.

As águas de abastecimento público podem ser um veículo de rápida disseminação de agentes infecciosos, podendo estar relacionadas a surtos e epidemias de doenças de veiculação hídrica (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006). No entanto, para uma correta associação epidemiológica entre qualidade de água e doenças de veiculação hídrica é necessário o investimento na qualidade de informação para qualidade da água. Séries históricas dos dados da qualidade de água para consumo humano devem estar disponíveis para o serviço de vigilância epidemiológica, bem como a possibilidade de realizar novas análises caso o epidemiologista considere necessário (BRASIL, 2011; BARCELLOS, QUITÉRIO, 2006).

Com o objetivo de obter um banco de dados sobre qualidade de água para consumo humano, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional da Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano (VIGIAGUA). Implantado na década de 2000, o VIGIAGUA é uma importante ferramenta de monitoramento da qualidade da água de abastecimento, visando à redução de riscos e agravos à saúde pública por meio da realização de diversas análises e identificação de vulnerabilidade da população. O Sistema Nacional de Informações da Qualidade da Água Para Consumo Humano (SISAGUA), componente do VIGIAGUA, possui dados de controle e vigilância da qualidade da água. Nesse sentido, este trabalho se propõe a descrever o histórico do VIGIAGUA, bem como apresentar e analisar os dados de vigilância da qualidade da água para consumo humano inseridos no SISAGUA dos municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) frente aos dados regionais e nacionais.

Tabela 1: Distribuição dos municípios por porte populacional e tipo de sistema de abastecimento de água

Grupo de municípios	Sistemas de abastecimento		
	COPASA (sistema integrado)	COPASA (sistemas independentes)	Sistemas municipais
Até 10.000 hab.	0	7	1
Entre 10.001 e 20.000 hab.	2	2	1
Entre 20.001 e 50.000 hab.	6	2	1
Entre 50.001 e 100.000 hab.	2	2	0
Acima de 100.000 hab.	8	0	0
Total	18	13	3

Fonte: SISAGUA.

2. Materiais e métodos

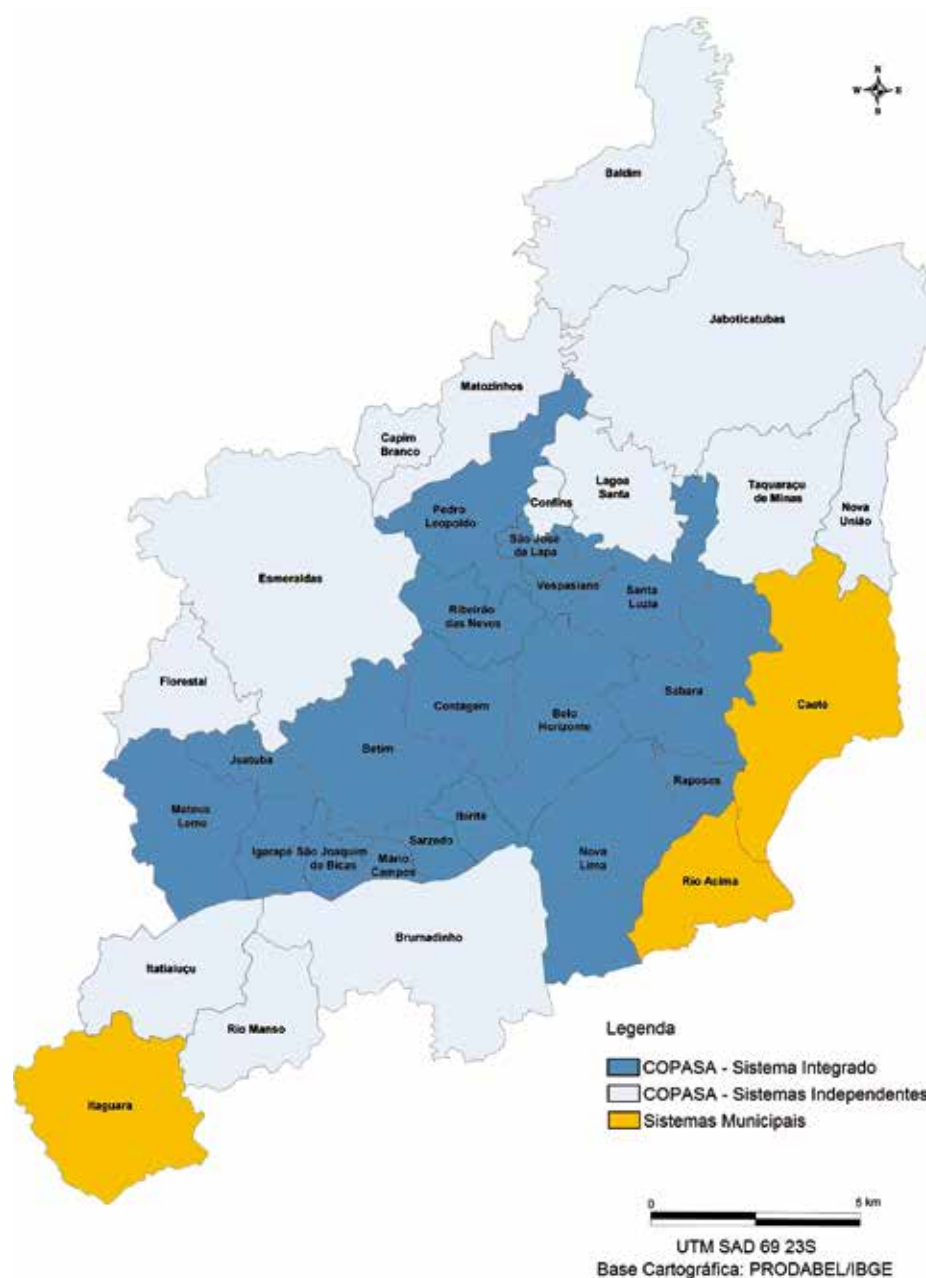
Estudo de caráter aplicado, predominantemente descritivo, que tem como base dados secundários de análises do SISAGUA referentes aos municípios da RMBH. A Região Metropolitana de Belo Horizonte é composta por 34 municípios, que possuem perfil heterogêneo, apresentando uma população de 2,5 milhões de habitantes, para a capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, até o município de Taquaraçu de Minas, com população inferior a 4 mil habitantes. Desses, 8 possuem população superior a 100 mil habitantes, 4 possuem entre 50 e 100 mil, 9 possuem entre 20 e 50 mil, 5 possuem entre 10 e 20 mil, e 8 possuem população inferior a 10 mil habitantes. A população total estimada para o ano de 2016, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 5.278.144 habitantes. A TAB. 1 descreve a distribuição dos municípios por porte populacional e tipo de sistema de abastecimento de água.

O município de Belo Horizonte apresenta-se como principal centralidade; a partir dos seus principais eixos viários define-se uma grande mancha urbana, além de pequenas manchas correspondentes às demais sedes municipais, distritais e outras localidades. Em relação às áreas não urbanizadas, ocorre grande diferenciação entre suas características. Entre o sudoeste do município de Itatiaiuçu e o sudeste do município de

Caeté, em áreas inseridas no Quadrilátero Ferrífero, ocorrem grandes e pequenas áreas de mineração, além de importantes mananciais de abastecimento de água da RMBH, com diversas áreas de proteção. Já na porção norte, com terras mais férteis e com relevo menos acentuado, ocorre uma maior intensidade de atividades agropecuárias. Também na porção norte ocorre a região cárstica, com atividades de exploração de calcário (MINAS GERAIS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010). Segundo o IBGE (2011), todos os municípios possuem rede de abastecimento de água. A localização dos municípios, sua dimensão territorial e sistemas de abastecimento de água predominantes podem ser observadas na FIG. 1.

Como se pode observar, predomina, nos municípios da RMBH, a prestação do serviço de abastecimento de água por meio da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), por meio do Sistema Integrado da Região Metropolitana de Belo Horizonte, atendendo 18 sedes municipais, especialmente nos municípios de maior porte. Esse sistema é constituído pelas seguintes Estações de Tratamento de Água (ETAs): Sistema Rio das Velhas (Nova Lima); Sistema Rio Manso (Brumadinho); Sistema Serra Azul (Juatuba); Sistema Vargem das Flores (Betim); Sistema Ibirité; e Sistemas Morro Redondo e Barreiro (Belo Horizonte). Os demais municípios atendidos pela COPASA,

Figura 1: Sistema de abastecimento de água da Região Metropolitana de Belo Horizonte



Fonte: PRODABEL/IBGE, SISAGUA.

totalizando 13, possuem sistemas independentes, por meio de ETAs e poços com tratamento simplificado. Apenas 3 municípios possuem ETAs operadas por serviços municipais em suas sedes. Por outro lado, há um expressivo número de localidades abastecidas por soluções alternativas sob responsabilidade do poder público municipal e associações de moradores, mesmo em

municípios onde há concessão de serviço de abastecimento de água na RMBH (RAMOS, 2013; BRASIL, 2014; 2016).

A escolha dos parâmetros Cloro Residual Livre, Turbidez e Coliformes Totais analisados neste trabalho baseou-se na orientação da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do VIGIAGUA (BRASIL, 2006; 2016). A Diretriz Nacional também orienta para

a realização de análises de fluoreto, porém, não havia no banco de dados da versão SI-SAGUA, utilizada até o ano de 2013, dados sobre análises de fluoreto.

Os dados foram analisados de acordo com a versão da Diretriz Nacional publicada em 2014, que altera o número de amostras e, inclusive, as faixas de população utilizadas para o cálculo de amostras. Também nesta versão, há valores intermediários entre as faixas populacionais. Considerou-se ainda a última atualização desta Diretriz, de 2016, mantendo as faixas e cálculos da versão anterior.

O histórico do VIGIAGUA foi descrito de acordo com a revisão de literatura, sem delimitação de período, nas bases PubMed e SciELO, utilizando-se os seguintes termos: saúde ambiental (environmental health), água para consumo humano (drinking water), vigilância da qualidade da água para consumo humano, VIGIAGUA e SISAGUA.

3. Resultados e discussão

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano (VIGIAGUA) está inserido dentro da estrutura de Vigilância em Saúde do SUS, tendo suas ações sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde. Essa estrutura apresenta um fluxograma de informações e interface com outros sistemas, desenvolvendo programas de prevenção e controle nas áreas de epidemiologia, saúde ambiental, saúde do trabalhador, imunização, vigilância sanitária e infraestrutura (BRASIL, 2016). Uma das premissas da vigilância em saúde é a avaliação frequente e continuada de diferentes aspectos, visando à identificação de riscos potenciais à saúde humana, gerando possíveis formas de intervenção ou controle, assumindo, assim, caráter rotineiro e preventivo. No que se refere à qualidade da água para consumo humano, a prevenção torna-se um desafio para os profissionais da vigilância, uma vez que as características da água são dinâmicas no tempo e no espaço (CARMO *et al.*, 2008).

No entanto, apesar da necessidade do caráter integrador inter e intrassetorial, algo

difícil de ser concretizado na prática dos serviços, essa necessidade eminentemente multidisciplinar está na contramão da realidade dos municípios brasileiros, normalmente com quadro reduzido de servidores na área e sem formação específica necessária para as atividades de Vigilância em Saúde Ambiental. O compartilhamento de atribuições e responsabilidades, além da especificação técnica de cada área, demonstra a complexidade da execução das ações. Considerando ainda que a grande maioria dos municípios mineiros é de pequeno ou médio porte, as atribuições de Vigilância em Saúde Ambiental são provavelmente as mais difíceis de serem realizadas no âmbito da Vigilância em Saúde (OLIVEIRA, CRUZ, 2015; LIMONGI *et al.*, 2017).

Segundo Freitas e Freitas (2005), os marcos legais concernentes à qualidade da água para consumo humano passaram por vários processos e mudanças. O marco inicial desta legislação foi a Portaria nº 56/Bsb, de 1977, elaborando uma metodologia de amostragem e frequência, baseada no número de habitantes e no tipo de constituinte a ser analisado, além da inclusão de valores máximos permitidos e desejados. Sob influência da reforma sanitária, oito anos depois foi iniciada a revisão da Portaria nº 56 Bsb/1977, com participação de diferentes atores, como setores governamentais de saúde, comunidade científica, companhias de saneamento, laboratórios de saúde pública e entidades de classe. Esta revisão culminou na Portaria nº 36 MS-GM, de 1990, trazendo, entre outros avanços, a definição de controle e vigilância da qualidade, a definição de serviço e sistema de abastecimento de água, e a inclusão e revisão de alguns parâmetros químicos e microbiológicos. Do processo de revisão ocorrido dez anos depois, surgiu a Portaria nº 1.469/2000.

Após a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, em 2003, surgiu a Portaria nº 518/2004, prorrogando o prazo para que as instituições responsáveis promovessem as adequações necessárias ao seu cumprimento;

definindo de forma mais clara as competências do setor saúde (vigilância) e do prestador de serviço (controle); incorporando o conceito de avaliação sistêmica da qualidade da água, desde o manancial até o ponto de consumo; introduzindo a definição de solução alternativa de abastecimento de água, e trazendo a exigência do processo de desinfecção para toda água distribuída coletivamente. Outro avanço foi a inserção de novos parâmetros de avaliação da qualidade da água (BRASIL, 2012).

Cinco anos depois, foi instituído o Grupo de Trabalho de Revisão da Portaria MS nº 518/2004. Esse grupo, amplo, foi composto por representantes de diversas instituições, com ação direta ou indireta relacionada à qualidade da água para consumo humano. Após a realização das oficinas regionais e consolidação dos resultados, o processo de revisão ainda foi submetido a duas consultas públicas, nos anos de 2009 e 2010, com o objetivo de promover a participação da sociedade civil e de outros segmentos. Por fim, surgiu a Portaria MS nº 2.914/2011, que contém os atuais procedimentos de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Houve um importante crescimento no número de parâmetros de potabilidade neste período, de 36, em 1990, para 84, em 2011 (LIBÂNIO, 2010; BRASIL, 2012).

O VIGIAGUA, institucionalizado em 1986 a partir da experiência realizada pelo estado do Paraná, apresentou como metas iniciais a prestação de apoio técnico e financeiro aos estados, a revisão da Portaria MS-GM nº 36/1990 e a busca de estratégias de suporte laboratorial para suas ações. O programa tem por objetivo geral desenvolver ações de vigilância que visem a garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, para a promoção da saúde (BRASIL, 2004). Além disso, o programa tem como finalidade a identificação de áreas de risco em determinado território, para avaliação das características de potabilidade, com vista a assegurar

a qualidade da água e evitar o adoecimento das pessoas ocasionado pela presença de patógenos ou de outros poluentes presentes nas coleções hídricas. Caso haja situações de risco iminente à saúde decorrente da má qualidade da água consumida, algumas ações poderão ser realizadas pelo setor de saúde e/ou também demandadas aos responsáveis pela prestação de tais serviços (BRASIL, 2002). Outros objetivos do monitoramento realizado pela vigilância da qualidade da água para consumo humano são: avaliar a qualidade da água consumida pela população, a eficiência do tratamento e integralidade do sistema de distribuição, subsidiar a associação entre agravos à saúde e situações de vulnerabilidade e identificar pontos críticos/vulneráveis (fatores de risco) em sistemas e soluções alternativas de abastecimento (BRASIL, 2016).

O processo de desinfecção é fundamental no tratamento da água, em razão de sua eficácia na eliminação de muitos patógenos, em especial, de bactérias. O cloro é o composto mais utilizado no processo de desinfecção. A desinfecção residual é utilizada também com o objetivo de reduzir o crescimento de bactérias em sistemas de distribuição (WHO, 2011; BRASIL, 2016). A turbidez da água é associada à presença de materiais sólidos em suspensão, pela presença de algas, matéria orgânica, substâncias resultantes de erosão ou despejos de efluentes domésticos e industriais. Altos valores de turbidez dificultam o tratamento, como o processo de desinfecção. É considerado um indicador sanitário e padrão organoléptico da água para consumo humano. Já os coliformes totais são tradicionalmente utilizados como bactérias indicadoras de contaminação fecal (BRASIL, 2009; 2016).

Por outro lado, apesar da norma de potabilidade da água para consumo humano existir desde 1977, as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano somente geraram um banco de dados nacional após a criação do SISAGUA, na década de 2000. Esse sistema apresenta um banco de dados com informações sobre os aspectos físico-químicos, organolépticos e microbiológicos de águas de abastecimento, além de informações sobre a

qualidade, a vazão, a população abastecida e a localização dos sistemas de abastecimento de água. Esse banco de dados é alimentado por informações geradas pelos responsáveis pela operação dos sistemas de abastecimento de água (controle), e por responsáveis pela vigilância da qualidade da água, as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, buscando fornecer informações sobre a qualidade da água para consumo humano, proveniente dos sistemas públicos e privados, e de soluções alternativas de abastecimento (FREITAS, FREITAS, 2005; BRASIL, 2009).

Portanto, as ações relacionadas ao VIGIAGUA – por meio da alimentação dos dados de cadastro dos sistemas/soluções alternativas, controle (relatórios de análises de qualidade de água de fornecidos pelo operador do sistema/solução alternativa), realização de análises de água (vigilância/monitoramento), confecção de relatórios no SISAGUA, além da articulação com outros órgãos envolvidos – são de fundamental importância para minimizar os riscos à saúde advindos do abastecimento de água à população.

Segundo Freitas e Freitas (2005), “o diagnóstico obtido a partir da vigilância, teoricamente, possibilita aos gestores tomarem as decisões em torno dos sistemas de abastecimento coletivos e alternativos, no sentido de se exigirem as intervenções adequadas, quando há ocorrência de não conformidades com a qualidade da água”. Nesse contexto, foram realizadas reuniões técnicas, capacitação das referências municipais, inspeções em Sistemas de Abastecimento de Água (SAAs) e Soluções Alternativas Coletivas (SACs), reuniões com gestores, representantes dos serviços de abastecimento de água, buscando discutir soluções para questões identificadas em inspeções sanitárias e análises que apresentaram não conformidades nos SAAs e SACs que abastecem a população de abrangência.

Entretanto, a partir dessas ações, surgem dificuldades e desafios diante da complexidade do tema e dos diferentes atores sociais envolvidos, os quais interferem nesse processo. Sobre este tema, Queiroz *et al.* (2012) e Limongi *et al.* (2017) discutem questões

inerentes à organização política local, recursos humanos, tecnológicos, financeiros, além de condições socioculturais e aspectos ambientais, que podem interferir nos processos de trabalho da vigilância em saúde ambiental, dificultando, especialmente em municípios de pequeno porte, a execução plena das atividades do programa.

Na comparação entre as versões da Diretriz Nacional, houve uma redução significativa no número de amostras para municípios com população inferior a 300 mil habitantes. Em alguns casos, a redução do número de amostras se aproxima dos 50%. Essa diminuição aponta para a dificuldade dos municípios no cumprimento do número de amostras da antiga diretriz.

Entre os principais avanços obtidos na RMBH, destaca-se a descentralização da digitação de dados de controle e vigilância, atingindo 100% dos municípios com usuário cadastrado no SISAGUA; a implantação de 4 laboratórios municipais; a realização de inspeção sanitária em todos os sistemas de abastecimento de água das sedes municipais; identificação de Soluções Alternativas Coletivas em áreas rurais onde não há tratamento de água; discussão com serviços municipais, lideranças comunitárias e concessionária de serviço de abastecimento de água com o objetivo de aprimorar o serviço realizado (RAMOS, 2013).

Outra importante ação realizada continuamente se relaciona à distribuição de hipoclorito de sódio a 2,5%, juntamente com material informativo sobre sua utilização, além do trabalho de sensibilização junto a profissionais de saúde sobre a importância da educação permanente de quanto ao repasse de informações relacionadas à utilização constante do hipoclorito de sódio por famílias sem acesso a água tratada (RAMOS, 2013).

O número de análises realizados pelos municípios da RMBH, entre os anos de 2007 e 2016, e seus respectivos percentuais em relação ao cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano, são mostrados nas TAB. 2 e 3.

Tabela 2: Análises de monitoramento de Cloro Residual Livre, Turbidez e Coliformes Totais em amostras de água por agrupamento dos municípios da RMBH de acordo com o porte populacional de 2007 a 2016

Grupo de municípios	Parâmetro									
	Cloro Residual Livre									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Até 10.000 habitantes	10	39	100	193	191	203	1	0	1	6
Entre 10.001 e 20.000 hab.	100	347	436	354	342	307	78	162	210	76
Entre 20.001 e 50.000 hab.	3	808	727	666	817	920	762	255	171	148
Entre 50.001 e 100.000 hab.	0	14	0	14	79	109	134	230	147	153
Acima de 100.000 hab.	852	1458	1411	1962	1836	1847	1248	1508	627	187
Total	965	2666	2674	3189	3265	3386	2223	2155	1156	570
	Turbidez									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Até 10.000 habitantes	8	38	143	234	271	248	115	2	1	6
Entre 10.001 e 20.000 hab.	46	381	488	287	317	268	54	63	111	81
Entre 20.001 e 50.000 hab.	3	750	886	782	870	840	781	263	252	184
Entre 50.001 e 100.000 hab.	0	0	0	0	0	134	97	217	134	77
Acima de 100.000 hab.	840	1482	1410	2109	2187	2281	2023	1519	759	312
Total	897	2651	2927	3412	3645	3771	3070	2064	1257	660
	Coliformes totais									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Até 10.000 habitantes	8	87	83	164	230	357	227	184	210	237
Entre 10.001 e 20.000 hab.	9	200	275	105	92	99	169	89	15	138
Entre 20.001 e 50.000 hab.	0	634	707	521	488	624	758	356	595	517
Entre 50.001 e 100.000 hab.	0	65	337	121	120	220	417	380	331	368
Acima de 100.000 hab.	871	1901	1756	1873	1802	2805	2584	1877	2103	1811
Total	888	2887	3158	2784	2732	4105	4155	2886	3394	3071

Fonte: SISAGUA.

Observando-se as TAB. 2 e 3, podemos inferir que houve um acréscimo gradativo no número de análises até o ano de 2012. A partir de 2013, por outro lado, houve uma grande queda no número de análises de Cloro Residual Livre, percebida também nos anos subsequentes. Outro fato que vale ser destacado é a importância da aquisição e manutenção de equipamentos de análise de teor de Cloro Residual Livre. Como o teor deste tende a apresentar queda ao longo do tempo, devido a sua fácil degradação, é fundamental que as análises sejam realizadas *in loco* e imediatamente após a coleta (BRASIL, 2016).

Em relação aos grupos de municípios, os situados entre 10 e 20 mil habitantes, e os acima de 100 mil, são os que apresentam maior

percentual de cumprimento da Diretriz Nacional. Já em relação ao número absoluto, os grupos acima de 100 mil habitantes e entre 20 e 50 mil apresentam maior quantitativo de análises. Outro dado que chama a atenção é o baixo número de análises, a partir de 2013, do grupo de municípios com população inferior a 10 mil habitantes. Nesse ano houve mudanças na gestão de diversos municípios, e também a mudança de referências técnicas do programa. Além disso, ocorreram dificuldades na aquisição de reagentes necessários para a realização das análises. As análises de turbidez seguiram padrão crescente entre os anos de 2007 e 2012, e, a partir de 2013, percebe-se um viés de queda, ainda mais acentuada em 2016. Ao compararmos os resultados por grupo de

Tabela 3: Percentual de cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de monitoramentode Cloro Residual Livre, Turbidez e Coliformes Totais, em amostras de água por agrupamento dos municípios da RMBH de acordo com o porte populacional de 2007 a 2016

Grupo de municípios	Parâmetro									
	Cloro Residual Livre									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Até 10.000 habitantes	0,68	2,66	6,83	13,18	13,05	15,66	0,08	0,00	0,12	0,72
Entre 10.001 e 20.000 hab.	7,72	32,13	40,37	32,78	39,58	28,43	7,22	22,88	2966	10,73
Entre 20.001 e 50.000 hab.	0,11	26,93	24,23	24,67	27,23	34,07	28,22	19,14	12,84	11,11
Entre 50.001 e 100.000 hab.	0,00	0,93	0,00	0,72	4,09	6,31	7,75	28,19	18,01	18,75
Acima de 100.000 hab.	19,14	32,75	31,69	44,07	41,24	36,30	24,53	40,15	16,69	4,98
Total	8,46	23,19	23,26	27,43	28,52	29,57	19,13	30,14	16,43	7,66
	Turbidez									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Até 10.000 habitantes	0,55	2,60	9,77	15,98	18,51	19,14	8,87	0,24	0,12	0,72
Entre 10.001 e 20.000 hab.	3,55	35,28	45,19	26,57	36,69	24,81	5,00	8,90	15,68	11,44
Entre 20.001 e 50.000 hab.	0,11	25,00	29,53	28,96	29,00	31,11	28,93	19,74	18,92	13,81
Entre 50.001 e 100.000 hab.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,75	5,61	26,59	16,42	9,44
Acima de 100.000 hab.	18,87	33,29	31,67	47,37	49,12	44,83	39,76	40,44	20,21	8,31
Total	7,86	23,06	25,46	29,34	31,12	31,71	25,82	27,74	16,90	8,87
	Coliformes totais									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Até 10.000 habitantes	0,74	8,06	7,69	15,19	21,30	30,36	19,30	16,31	18,62	21,01
Entre 10.001 e 20.000 hab.	0,69	18,52	25,46	9,72	10,65	9,17	15,65	14,83	25,83	23,00
Entre 20.001 e 50.000 hab.	0,00	21,13	23,57	19,30	16,27	23,11	28,07	26,73	44,67	38,81
Entre 50.001 e 100.000 hab.	0,00	5,02	26,00	7,00	6,94	12,73	24,13	46,57	40,56	45,10
Acima de 100.000 hab.	25,92	56,58	52,26	55,74	53,63	73,05	67,29	49,97	55,99	48,22
Total	9,12	29,41	32,17	27,99	27,23	39,82	40,31	39,36	46,29	41,28

Fonte: SISAGUA.

municípios, percebemos também similaridades com os dados de Cloro Residual Livre.

Observa-se que, entre os anos de 2008 e 2011, ocorrem pequenas variações no número de análises de Coliformes Totais, com um pico de análises no ano de 2009. Nesse ano, verificamos a melhor performance dos municípios entre 50 e 100 mil habitantes, seguida de forte queda nos anos seguintes, até o ano de 2013, que apresentou novo acréscimo. Em 2012, percebe-se um grande salto no número de análises, principalmente em função dos municípios acima de 100 mil habitantes. Entre os anos de 2014 e 2016, houve uma importante queda no número absoluto de amostras, entretanto, com a mudança da Diretriz Nacional, os percentuais

de cumprimento se mantiveram próximos aos dos anos de 2012 e 2013.

Dos 34 municípios da RMBH, apenas 5 possuem laboratório municipal (TAB. 4). Os demais municípios utilizam a rede laboratorial do estado, que não consegue atender à demanda preconizada pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Os municípios que implementaram laboratório para realização das análises apresentaram um expressivo aumento no número de amostras analisadas e maiores percentuais de cumprimento da diretriz, em comparação com os demais municípios da região (TAB. 5). Apenas 1 município com menos de 50 mil habitantes possui laboratório, os demais têm mais de 100 mil habitantes.

Tabela 4: Distribuição da rede laboratorial de análise de água de baixa complexidade dos municípios da RMBH

Laboratório	Nº de municípios
Municipal	5
Regional A	25
Regional B	2
Regional C	2

Fonte: SISAGUA/FUNED.

Comparando os dados da TAB. 6, verifica-se que os percentuais de cumprimento da Diretriz Nacional do conjunto de municípios da RMBH se situa, na média, acima dos percentuais alcançados pela média estadual,

e abaixo da média nacional. Em relação a Minas Gerais, os resultados da RMBH são superiores em função dos laboratórios municipais. Entretanto, enquanto os percentuais nacionais e estaduais apresentam um leve viés de queda a partir de 2014, na RMBH a queda se mostra mais acentuada em relação ao Cloro Residual Livre e à Turbidez.

Em relação ao percentual de cumprimento da diretriz para Coliformes Totais, no âmbito da RMBH e do estado, uma contribuição importante foi dada pela adesão da maioria dos municípios mineiros ao Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais, que busca estimular

Tabela 5: Percentual de cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de monitoramento de Cloro Residual Livre, Turbidez e Coliformes Totais, em amostras de água por tipo de laboratório de 2007 a 2016

Tipo de laboratório	Parâmetro									
	Cloro Residual Livre									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Regional	1,32	11,70	11,14	10,51	13,86	14,84	7,92	9,33	9,95	6,38
Municipal	29,96	58,16	60,13	79,68	74,23	76,41	54,78	70,18	28,91	12,56
	Turbidez									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Regional	0,67	11,14	12,39	11,11	13,55	14,60	8,74	7,11	9,84	5,71
Municipal	29,54	59,32	65,23	85,65	85,90	87,27	81,50	71,01	33,73	17,70
	Coliformes totais									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Regional	0,23	14,18	18,85	12,15	13,97	19,42	21,51	22,95	34,25	32,03
Municipal	39,23	81,53	77,75	83,11	73,92	114,14	108,78	70,93	69,38	56,94

Fonte: SISAGUA

Tabela 6: Comparativo entre os percentuais de cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da RMBH, do estado de Minas Gerais e do Brasil

Região	Parâmetro									
	Cloro Residual Livre									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
RMBH	23,19	23,26	27,43	28,52	29,57	19,13	30,14	16,43	7,66	
Minas Gerais	4,33	4,54	6,16	7,71	6,81	13,99	12,65	12,63	11,9	
Brasil	16,65	20,39	23,51	26,77	28,03	49,76	41,04	40,93	43,7	
	Turbidez									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
RMBH	23,06	25,46	29,34	31,12	31,71	25,82	27,74	16,90	8,87	
Minas Gerais	4,15	5,34	7,12	11,48	13,16	30,69	23,44	26,54	21,76	
Brasil	19,22	24,99	29,79	33,78	35,67	67,35	56,14	58,73	59,14	
	Coliformes totais									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
RMBH	29,41	32,17	27,99	27,23	39,82	40,31	39,36	46,29	41,28	
Minas Gerais	5,32	6,15	10,19	19,26	21,85	47,89	36,86	42,46	37,90	
Brasil	19,97	25,29	31,37	35,37	36,83	63,72	55,79	60,15	61,21	

Fonte: SAGE/SISAGUA.

os municípios a realizarem ações de Vigilância em Saúde de forma descentralizada, por meio de repasse financeiro (MINAS GERAIS, 2012).

Observando-se o somatório das análises, pode-se verificar um gradativo aumento no número dos 3 parâmetros no período retratado. Entretanto, os valores alcançados ainda se encontram distantes do atendimento pleno à Diretriz Nacional do Plano de Amostragem, constituindo-se um grande desafio aos municípios da região. Por outro lado, encontram-se inúmeras dificuldades na concretização das ações planejadas, como a dificuldade dos pequenos municípios em implantar laboratório de análise de água de baixa complexidade. Outras dificuldades encontradas foram a rotatividade dos profissionais responsáveis pelas ações do programa; além da cota reduzida disponibilizada pelos laboratórios de referência regionais aos municípios que não possuem laboratório (RAMOS, 2013).

Além disso, poucos municípios possuem equipamentos de campo para análise de Cloro Residual Livre e Turbidez, e os que os possuem ainda têm dificuldade em manter a calibragem e manutenção adequada. Esses fatos podem interferir na quantidade de análises, bem como em seus resultados apresentados. Ressalta-se ainda, no âmbito municipal, a falta de recursos humanos, de qualificação e capacitação profissional na área, falta de intersetorialidade nas ações do programa, além da falta de respaldo dos superiores às ações das referências técnicas do programa (QUEIROZ *et al.*, 2015). Em muitos municípios, os responsáveis por ações do VIGIAGUA também são responsáveis por um grande número de programas do Sistema Único de Saúde, dificultando assim a consolidação dos objetivos do VIGIAGUA de forma plena, especialmente em municípios de pequeno porte (RAMOS, 2013; LIMONGI *et al.*, 2017).

Considerou-se como fator limitante para a realização deste estudo a escassez de dados na literatura sobre a temática, especialmente em relação aos dados de análise

dos parâmetros em questão contidos no SI-SAGUA, em âmbito municipal, regional e nacional. Com isto, a comparação dos resultados deste estudo com outros da literatura ficou prejudicada.

4. Considerações finais

A implantação da vigilância da qualidade da água para consumo humano no Brasil, associada à evolução dos marcos legais pertinentes, mostra-se relevante para a identificação de riscos potenciais à saúde da população. Embora os recursos proporcionados pelo programa ainda não sejam utilizados pela gestão de forma plena, essas ferramentas possibilitariam a articulação intersetorial entre os diversos agentes envolvidos.

O quantitativo de análises dos parâmetros Cloro Residual Livre, Turbidez e Coliformes Totais da RMBH se situa acima da média estadual, porém inferior à média nacional. Apesar dos avanços obtidos desde a implantação do programa, ainda persistem grandes desafios na consolidação do VIGIAGUA, especialmente na capacidade dos municípios em atender totalmente a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano para estes três parâmetros.

Durante o período avaliado, entre os anos de 2007 e 2016, houve um importante incremento do número de análises de Cloro Residual Livre, Turbidez e Coliformes Totais realizadas pelos municípios da RMBH. A implementação de laboratórios regionais e municipais foi fundamental para este incremento. Contudo, para que os objetivos do programa sejam atendidos, há a necessidade de articulação e interação entre os diversos setores envolvidos.

Faz-se necessário um maior incentivo à ampliação da rede laboratorial dos municípios, além da consolidação das ações em Vigilância Ambiental em Saúde, buscando pactuar ações e custeio conjuntamente, preferencialmente em nível microrregional. Ao estado, deve-se manter um estímulo constante ao seu papel de fomento das discussões, sensibilização dos gestores,

suporte, integração e apoio aos municípios nas ações do VIGIAGUA, especialmente em âmbito microrregional e regional, em conformidade com as orientações da Portaria nº 2.914/2011. Além dessas ações, faz-se ainda necessária a articulação intersetorial, buscando identificar situações de risco relacionadas ao saneamento, para que os

objetivos do programa possam ser efetivamente cumpridos.

Contribuição dos autores: Alisson Martins Ramos e Fabiano de Almeida Célio responsabilizaram-se pelas diversas etapas de produção do texto. Edna Maria Rezende responsabilizou-se pela revisão crítica do conteúdo intelectual.

5. Referências

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, 2006.

BRASIL. **Lei nº 9.433**, de 8 de janeiro de 1997. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19433.htm>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.469**, de 29 de dezembro de 2000. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1469.pdf>. Acesso em 12 jun. 2017.

BRASIL. **Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Decreto nº 5.440**, de 04 de maio de 2005. Estabelece definições e procedimentos sobre o controle de qualidade da água de sistemas de abastecimento e institui mecanismos e instrumentos para divulgação de informação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5440.htm>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. **Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.445**, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. **Manual prático de análise de água**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria 2.914**, de 11 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. **Documento base para elaboração da Portaria MS 2.914/2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. **Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (versão atual)**. Disponível em: <sisagua.saude.gov.br/sisagua/login.jsf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. **Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (versão antiga)**. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sisagua>>. Último acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. **Textos de epidemiologia para vigilância ambiental em saúde**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CARMO, R. F.; BEVILAQUA, P. D.; BASTOS, R. K. X. Vigilância da qualidade da água para consumo humano: abordagem qualitativa da identificação de perigos. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v.13 n. 4, out./dez. 2008.

FREITAS, M. F.; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

FUNED. **Gerenciador de Ambiente Laboratorial**. Disponível em <<https://gal.funed.mg.gov.br/>>. Acesso em 12 jun. 2017;

HELLER, L.; REZENDE, S. C. **O saneamento no Brasil: Políticas e Interfaces**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

IBGE. **Atlas do Saneamento 2011**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/atlas_saneamento/default_zip.shtm>. Acesso em 14 jun. 2017.

IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2016**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 12 jun. 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Diretoria de Pesquisas, 2010.

LIBÂNIO, M. **Fundamentos de qualidade e tratamento de água**. Campinas: Átomo, 2010.

LIMONGI, J. L.; CALDEIRA, B. F. A.; GONÇALVES, L. A. G.; FÉLIX, C. G.; BONITO, R. F.; SILVA, V. P. Estrutura e processos da Vigilância em Saúde em municípios mineiros: uma análise quali-quantitativa. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 1, p.31-44, 2017.

MINAS GERAIS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: SEDRU/UFMG, 2010. Estudos Setoriais Integrados. v. 1.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Resolução SES nº 3.152**, de 14 de fevereiro de 2012. Aprova o edital de convocação para adesão dos municípios ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLUCAO%20SES%203152-%20Vigilancia%20em%20Saude.%2028.02%20RQ.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, jan./mar. 2015.

QUEIROZ, A. C. L.; CARDOSO, L. S. M.; SILVA, S. C. F.; HELLER, L.; CAIRNCROSS, S. Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua): lacunas entre a formulação do programa e sua implantação na instância municipal. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2012.

QUEIROZ, A. C. L.; CARDOSO, L. S. M.; SILVA, S. C. F.; HELLER, L.; CAIRNCROSS, S. Integrating Surveillance Data on Water-Related Diseases and Drinking-Water Quality; Action-Research in a Brazilian Municipality. **Journal of Water and Health**, n. 13, v. 4, 2015.

RAMOS, A. M. Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano: avanços e desafios nos municípios da SRS Belo Horizonte (2007-2012). IV Mostra de Pôsteres de Experiências Bem-Sucedidas. **IV Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública: Desenvolvimento Sustentável, Demandas Contemporâneas e Responsabilidade Socioambiental**, Funasa. Belo Horizonte: 2013.

WHO. **Guidelines for Drinking-Water Quality**. 4. ed. Geneva: WHO, 2011.

Implementação do método de Custeio por Absorção versus Custeio ABC: estudo da sinergia da implantação das duas metodologias na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)

Implementation of the Costing Absorption Method versus Costing ABC: synergy study of the implementation of these two methodologies in the Hospital Foundation of Minas Gerais (FHEMIG)

Márcio Augusto
Gonçalves¹
Márcia
Mascarenhas
Alemão²
Yasmine Fernanda
Ferreira Cunha³
Liliane Cristina
Braga⁴

RESUMO: Este artigo apresenta um estudo de caso descritivo da construção de uma base de conhecimento a partir da implantação sinérgica de duas metodologias de custeio no setor público (Custeio por Absorção e Custeio ABC), utilizada na Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG). Esta abordagem é utilizada como ferramenta de organização estratégica fundamentada em solução informatizada – Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH), e no Observatório de Custos em Saúde. Utiliza, de forma inovadora, no setor público, especificamente no setor hospitalar, custo como indicador de resultados e como metainformação. A metainformação trata custos como “sumário” de “quais” e “como” os recursos são consumidos, possibilitando a melhora dos processos internos e desenvolvimento técnico e transparência dos gastos públicos. A utilização de informações de custos baseada em metodologias de custeio integrada – Custeio por Absorção e o Custeio ABC – alavanca os resultados apresentados, caso a implantação das metodologias não estivessem sendo utilizadas de forma sinérgica. As metodologias apresentam resultados distintos, relevantes e únicos que devem ser considerados. Neste propósito, a base de conhecimento gerada a partir do SIGH constituiu ação inovadora quanto ao mapeamento e identificação de processos, bem como quanto à quantificação de recursos consumidos no setor saúde. **Palavras-chave:** Metainformação Custo. Gestão de Custos Hospitalares. SIGH-CUSTOS.FHEMIG. Custos no setor público.

ABSTRACT: This article presents a descriptive case study of building a knowledge base from the synergetic implementation of two costing methodologies in the public sector (Cost Absorption and Costing ABC), used in the Hospital Foundation of Minas Gerais (FHEMIG). This approach use as a strategic organizational tool based on computerized solution – Integrated Hospital Management (IHM), as well as in the Observatory on Health Costs. Used in an innovative way, in the public sector, particularly in the hospital sector, cost as indicator results and as Metainformation. Metainformation treats costs as “summary” of “what” and “how” the resources are consumed, enabling the improvement of internal processes and technical development and transparency of public spending. The use of cost information based methodologies integrated costing – Costing Absorption and Costing ABC – advantages the results presented, if the implementation of methodologies had not used synergistically. The methods have distinct, unique and important results that should be considered. In this regard, the knowledge base generated from the IHM was an innovative action regarding the mapping and identification of processes, as well as the quantification of resources consumed in the health sector. **Keywords:** Metainformation Cost. Management of Hospital Costs. SIGH-CUSTOS.FHEMIG.Costs in the public sector.

¹Professor Titular no
CEPEAD-UFMG
marcio@cepead.face.
ufmg.br

²Doutoranda em
Administração no
CEPEAD-UFMG

³Mestranda em
Administração no
CEPEAD-UFMG

⁴Mestranda em
Administração no
CEPEAD-UFMG

1. Introdução

A utilização de informações de custos no setor público vem sendo cada vez mais necessária, relevante e urgente. Atualmente, princípios básicos são preconizados na administração pública, tais como, equilíbrio fiscal, transparência dos gastos públicos, qualidade destes gastos. A avaliação de desempenho das organizações públicas e um início de uma gestão pública mais voltada para os resultados criaram uma urgente necessidade de um sistema de informações de custos utilizados como indicadores de resultados e de processos. Busca-se, assim, atender diretamente aos anseios dos cidadãos, às necessidades dos administradores públicos, aos ditames da legislação e ao melhor valor pelo dinheiro (MIRANDA FILHO, 2003).

No Brasil, os hospitais são o centro do setor saúde, considerados por La Forgia e Coutollenc (2009) como a engrenagem principal do setor, não apenas pelo volume de recursos consumidos, mas pela importância no atendimento prestado à população.

Para Gonçalves *et al.* (2010), a geração e evidência de informações de custos no setor saúde exige aprofundamento na compreensão de constructo. Custos têm sido ao longo do tempo tratados com uma conotação de algo a ser cortado, de algo a ser eliminado, reduzido, utilizado de forma estigmatizada pela necessidade de corte permanente. Custo também tem sido relacionado a palavras como “caro” e “barato” de forma descuidada e apressada. Para os autores, evidencia-se a necessidade de se associar o conceito de custos à perspectiva da viabilidade, validade e confiabilidade interna, fechando numa interpretação única.

No setor saúde, mais especificamente na gestão hospitalar, Gonçalves *et al.* (2011) apresentam que é necessário considerar a informação de custo como metainformação, isto é, como um sumário de informações. Dessa forma, o custo possibilita a evidência de “o que”, “quais” e “como” os recursos são consumidos na prestação de um serviço hospitalar. Forma uma base para uma visão gerencial para análise dessas informações.

Entre os maiores desafios do SUS, está a criação de mecanismos que racionalizem a alocação de recursos de forma custo-efetiva nas ações de saúde. Em 2016, o montante destinado ao setor saúde foi de aproximadamente R\$ 65,04 bilhões, sendo R\$ 40,2 destinados ao Bloco de Média e Alta Complexidade (55,71%) e R\$ 22,4 destinados aos hospitais (34,27%), incluindo aqui todos os prestadores de serviços ao SUS, tanto públicos quanto privados (ALEMÃO, 2017). O total de recursos corresponde a 4,41% do PIB, conforme dados do Fundo Nacional de Saúde (2017).

Os valores são expressivos pelo montante e pela relevância no atendimento, sendo porém, percentualmente, inferiores ao percentual gasto nos países da OCDE em 2008 (8,9% do PIB) (SANTOS, 2012).

Na assistência hospitalar, a baixa disponibilidade de informações sobre custos constitui fator limitante na fundamentação de ações e políticas públicas estruturantes, principalmente no que tange à organização das redes de serviços, incentivos e pagamentos. Assim, a implantação de sistema de custos numa rede de hospitais públicos possibilita a criação de uma base de informações de significativa relevância (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009), o que contribui também para a organização dos processos tanto administrativos quanto assistenciais (GONÇALVES, 2017).

O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir o processo de implantação de sistema de gerenciamento dos custos hospitalares em instituição pública visando a atender às demandas legais ao mesmo tempo em que se propôs a ir além disso, ao integrar a perspectiva estratégica à operacional. Visa amostrar a implantação das metodologias de custeio de forma integrada, suportada pelo Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH), utilizando a informação de custos em saúde como metainformação no âmbito da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) por meio do Observatório de Custos, para assegurar a qualidade do gasto público. Para atingir o objetivo proposto, a íntegra do artigo conta com seis partes, sendo a primeira

esta introdução. A segunda parte apresenta o referencial teórico da compreensão do sistema de custeio em organizações hospitalares e a metainformação custos. A terceira especifica a metodologia utilizada no estudo. A quarta parte apresenta o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar e a agregação de valor às informações. A quinta expõe os resultados do uso das duas metodologias de custeio na FHEMIG e para o SUS. Na sexta e última parte estão apresentadas as conclusões.

2. Referencial teórico

2.1. Sistema de Custeio em Organizações Hospitalares

A organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude de sua missão, mas pelo atendimento multidisciplinar (GONÇALVES; TEIXEIRA; FROES, 1998). Esta complexidade pode ser explicada, por exemplo, pelo fato de um único estabelecimento conter diversos outros, tais como lavanderia, manutenção, hotelaria, laboratórios de análises clínicas, consultórios médicos etc que prestam serviços entre si e ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). E, muito mais que isso, este estabelecimento contém diferentes modos de governança: hierarquia e clã, por exemplo (GONÇALVES *et al.*, 2011).

A Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa portaria, em seu artigo 3º, define hospitais e, no artigo 4º, define o tipo de serviço prestado, assim descritos:

Art. 3º Os hospitais são instituição (sic) complexas, com densidade tecnológica específica (sic), de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de estabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea (BRASIL, 2013).

Essas características exigem das organizações informações mais elaboradas para analisar o processo, controlar os recursos e tomar decisões em nível estratégico e operacional. Salienta-se que a necessidade de avaliação de tecnologias na assistência hospitalar tem sido uma preocupação constante e tem aprofundado a necessidade de análise de custos e seus efeitos, apesar de não ter tomado a dimensão necessária para fundamentar o uso dos recursos em saúde (GARCIA *et al.*, 2016). Conforme definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), as tecnologias em saúde são “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações” (PANNERAI; PEÑA-MOHR, 1988). Alinhadas a este conceito, suas classificações podem ser (BRASIL, 2009): 1) quanto à sua natureza material: medicamentos, equipamentos e suprimentos, procedimentos médicos e cirúrgicos, sistemas gerenciais e organizacionais; 2) quanto ao propósito, as tecnologias podem ser de prevenção, triagem – detectar anormalidade e/ou riscos, diagnóstico, tratamento e reabilitação; 3) quanto ao estágio da difusão, estas podem ser classificadas como futura, experimental, investigacional, estabelecida e obsoleta/abandonada/desatualizada.

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no segmento hospitalar objetiva evidenciar impactos sociais, éticos e legais associados à tecnologia em saúde (BRASIL, 2009). É necessário avaliar os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, levando-se em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, custo-efetividade, entre outros (BRASIL, 2014; GOODMAN,

2014; HUNINK *et al.*, 2014). Ampliando o conceito de ATS temos a proposta da Avaliação Econômica em Saúde (AES), que analisa os custos e os efeitos sobre o estado de saúde. A AES visa a ampliar a busca de respostas às curiosidades científicas de diversos questionamentos: “quanto custa uma incorporação tecnológica?”, “qual o benefício apresentado por uma tecnologia em detrimento a outra?”, “como comparar tecnologias alternativas?”, “qual a viabilidade de implantação como política de saúde pública?” (BRASIL, 2008).

Estas curiosidades vêm ao encontro da busca por evidências sobre a relação entre o desenvolvimento científico-tecnológico e custos no setor saúde e resposta para o questionamento de ser a inovação tecnológica razão para o crescimento dos gastos do setor. Conforme a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), a principal questão é “se as novas tecnologias são parte do problema, parte da solução, ou as duas coisas” (OECD, 1998).

Vários são os métodos de custeio desenvolvidos pela contabilidade de custos, tais como: o tradicional método de Custeio por Absorção, o Custeio Variável e o Custeio Baseado em Atividades (*Activity Based Costing*–ABC) (BEUREN; SCHLINDWEIN, 2008; MARTINS, 2003). No método de Custeio por Absorção, também denominado Custeio Integral, todos os custos de produção (diretos ou indiretos) são alocados aos produtos. Inicialmente classificam-se os custos em indiretos e diretos, sendo que ambos são “absorvidos” pelos produtos (acumulados) durante o processo de produção (CAMARGOS; GONÇALVES, 2004).

O Custeio Baseado em Atividades (ABC) tem uma maior preocupação quanto à tomada de decisão e gestão dos custos. No Custeio ABC, um produto ou serviço passa a ter seu custo calculado em função das atividades consumidas para o alcance do objetivo final. O sistema de Custeio ABC surge então como uma forma mais precisa de atribuição dos custos indiretos aos produtos. Embora a contabilidade gerencial pareça estar baseada em números racionais e objetivos, verifica-se na

verdade que os números por ele fornecidos podem ser carregados de estimativas e julgamentos subjetivos (EMMANUEL; OTLEY; MERCHANT, 1990). As informações de custos e suas classificações contêm elementos valiosos que, se interpretados corretamente, podem fornecer orientações para o decisor, baseados em suposições sobre as relações entre custos e atividades.

2.2. Metainformação Custos

No setor saúde, na gestão hospitalar pública, mais especificamente busca-se a apropriação da informação de custos como metainformação. É importante destacar que a metainformação é comumente entendida como informação acerca de informação (GILLILAND, 2008). Dessa forma, a informação de custos deve representar um sumário sobre “quais” e “como” e “porque” os recursos são consumidos pelos produtos ou serviços. Então, quando se diz que, por exemplo, uma apendicectomia custa X reais, este X “traduz” ou “sumariza” o que e como foram consumidos materiais, medicamentos, recursos humanos, etc. A metainformação custos constituiu-se em ferramenta essencial, balizadora das propostas de qualidade, possibilitando a geração de uma base para o conhecimento, acompanhamento e avaliação sistemática dos gastos das diversas atividades, tanto assistenciais quanto administrativas da organização hospitalar.

3. Metodologia

A pesquisa teve como objeto de análise a base de conhecimento a partir da implantação do sistema de custeio em hospitais públicos que subsidiasse o desenvolvimento gerencial e a aplicação de outros instrumentos de gestão reconhecidamente eficazes. O objeto de estudo é o uso da metainformação custo por meio das metodologias de custos implantadas na Rede FHEMIG (GONÇALVES; MEIRELLES, 2004).

A Rede FHEMIG, com 14 mil profissionais e orçamento de R\$768 milhões (LOA, 2011), constitui a maior rede de hospitais públicos da América Latina e está diretamente

vinculada à SES-MG. Com 20 Unidades Assistenciais (UAs) divididas em seus 5 complexos assistenciais, a rede representa excelência em atividades secundárias e terciárias que são: Especialidades, Urgência e Emergência, Hospitais Gerais, Saúde Mental, Reabilitação e Cuidado ao Idoso e o MG Transplantes (FHEMIG, 2016).

A FHEMIG, alinhada ao Mapa Estratégico Institucional e às Diretrizes do SUS, assumiu o compromisso de implantar um sistema de gestão que possibilitasse a melhor utilização de recursos e a otimização da prestação de serviços por meio da identificação dos processos e gastos ineficientes. A criação de uma base informatizada para obtenção das informações foi suportada pelo Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH).

O SIGH tem como principal objetivo garantir a informatização dos processos de atendimento ao paciente, gerando informações consistentes, disponíveis para todos os níveis gerenciais, em tempo real. O SIGH é um sistema totalmente integrado desenvolvido em ambiente *web*, desenvolvido em módulos independentes e centralizado em base única que consolida informações das 20 unidades da rede hospitalar. Com mais de 800 tabelas em banco de dados MySQL, utiliza *software* livre, atendendo os módulos de Prontuário Atendimento, Enfermagem, Bloco Cirúrgico, Exames, Farmácia, Hotelaria, Custos, Gestão, CME, CCIH, Faturamento e Protocolos Clínicos. São ao todo mais de 7 mil arquivos compostos por mais de 650 mil linhas de código escrito em J2EE, rodando em ambiente operacional Linux.

Para alcançar os objetivos propostos no presente trabalho, a metodologia utilizada, quanto aos fins, foi a pesquisa descritiva (GONÇALVES; MEIRELLES, 2004); quanto aos meios, o método de pesquisa adotado foi o estudo de caso. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é um método que contribui significativamente para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos complexos, por intermédio de uma investigação *ex post facto* de eventos da vida real.

A problematização da pesquisa envolveu estudo de caso único (YIN, 2001). O método de investigação adotado pode ser caracterizado como sendo observacional e monográfico, na medida em que parte do princípio de que o estudo de um caso em profundidade pode ser representativo para outros semelhantes.

4. O Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH)

Um dos grandes desafios vencidos para a implantação do SIGH foi o desenvolvimento do módulo para hospedagem das informações de custos, de forma a atender à necessidade de gestão da FHEMIG. Os *softwares* disponíveis no mercado nacional não atendiam às peculiaridades da instituição, como o rateio de custos entre a Administração Central e as Unidades Assistenciais, e destas entre si. A necessidade de interfaceamento com os demais módulos do SIGH, com outros *softwares* da FHEMIG e com os sistemas corporativos do estado foram fatores adicionais determinantes para a busca desta solução. Inicialmente, o desenvolvimento do módulo de custos buscou a informatização de dados utilizando as metodologias de Custeio por Absorção (SIGH-Custos) e, após sua consolidação, foi desenvolvido novo módulo, agora utilizando metodologia de Custeio por Atividades (*Activity Based Costing* – ABC).

O SIGH-Custos utiliza metodologia de Custeio por Absorção. Este módulo inclui basicamente informações de cadastros básicos, parametrizações entre os itens de custos e Centros de Custos, cálculo de rateio e emissão de relatórios. Apresenta algumas particularidades que fazem com que o SIGH-Custos seja inovador e único no objetivo a que se propõe, tais como: possibilidade de incorporação dos dados de forma manual ou busca automática de informações nos casos em que há interface estabelecida; possibilidade de interfaceamento com os demais módulos do SIGH, incluindo desde informações sobre quantidade de consultas e horas cirúrgicas a quantidade de horas trabalhadas pela manutenção por

Centro de Custos; possibilidade de importação dos dados gerados pelos Sistemas Corporativos do Estado de Minas Gerais e sistemas internos da FHEMIG; possibilidade de rateio de custos da Administração Central para as demais Unidades Assistenciais e destas entre si; a utilização de plataforma utilizando *software* livre e o acesso via *web*. Dessa forma, o SIGH-Custos possibilita a apuração dos custos e não está focado no controle de despesas orçamentárias. Esta particularidade o diferencia de outros sistemas de custos, como é o caso do sistema de controle de custos do Governo Federal (GNISCIA, 2010; MACHADO; HOLANDA, 2010). Assim, o SIGH-Custos representa uma proposta singular de apuração de custos.

A implementação da metodologia de Custeio por Absorção de forma informatizada se deu inicialmente em 10 Unidades Assistenciais até o final de 2008. No final de 2009, todas as 21 Unidades Assistenciais já contavam com a solução informatizada e já geravam relatórios gerenciais a partir do SIGH-Custos. Os relatórios gerados atenderam, inicialmente, a quatro objetivos distintos: subsidiar o planejamento e o controle de operações rotineiras; o planejamento estratégico institucional; a formulação de políticas públicas para a saúde e o desenvolvimento de pesquisas, especialmente aquelas relacionadas com avaliações de custo-efetividade.

Dessa forma, a FHEMIG se instrumentaliza para buscar melhores níveis de produtividade e qualidade, reduzir o desperdício de seus recursos e contribuir para uma melhoria sistêmica do setor saúde. Seguem a perspectiva do modelo mental do tomador de decisões, apresentando tanto informações macro quanto micro. As informações de caráter macro, estratégicas, são repassadas à Presidência da FHEMIG e seus diretores. As informações micro, obtidas através de refinamentos sucessivos, subsidiam a decisão estratégica da direção da UA, e decisões de caráter gerencial e operacional dos seus setores.

Os relatórios gerenciais permitem a geração das informações adequadas às diferentes necessidades de usuários: relatórios de custos

por níveis de responsabilidade; relatórios de custos dos serviços por centros de custos; relatórios de custos por especialidades médicas; e relatórios analíticos e consolidados dos centros de custos que permitem acompanhamento e gerenciamento dos custos da FHEMIG, subsidiando as ações estratégicas definidas no Mapa Estratégico da FHEMIG. Através da análise dos relatórios, é possível uma avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis próprios do setor, com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir para o alcance de maior eficiência e eficácia.

Após a implementação do Custeio por Absorção na FHEMIG, a direção iniciou o processo de implementação da metodologia de Custeio por Atividades. O objetivo foi gerar informações de custos tendo a fim de mapear os procedimentos assistenciais mais relevantes da Rede FHEMIG. Buscou-se a definição e a informatização, com base na metodologia proposta, de forma a atender à gestão hospitalar no setor público. Assim, o desenvolvimento da solução informatizada SIGH-ABC possibilitou a informatização das informações geradas, tendo como base a metodologia de Custeio por Atividades (*Activity Based Costing* – ABC). Com o SIGH-ABC iniciou-se, em 2010, o mapeamento e custeamento de procedimentos assistenciais em toda a FHEMIG. O sistema possui um interfaceamento com o SIGH-Custos, buscando informações de custos de pessoal, de material de consumo, depreciação de equipamentos.

As etapas para implantação da solução informatizada se deram em basicamente duas macroetapas: definição da metodologia e desenvolvimento da solução informatizada SIGH-ABC. As fases de mapeamento e custeamento dos procedimentos assistenciais podem ser assim descritas: 1) identificação dos procedimentos na FHEMIG; 2) Fase de entrevistas em profundidade e aplicação do Custeio ABC, etapa de levantamento das informações do custeamento dos procedimentos; 3) identificação e definição dos

macroprocessos; 4) definição das atividades que compõem os processos; 5) mensurações dos recursos e custos das atividades constitutivas; 6) painel de especialistas. A fase de painel de especialistas é realizada após a definição das atividades constitutivas do processo e do seu custeamento. Consiste em reuniões com especialistas multiprofissionais para validação do fluxo levantado no processo. Possibilita identificar um fluxo padronizado da realização do processo, criando a possibilidade de normatização dentro da organização. Objetivando o rigor metodológico para obtenção dos recursos consumidos, optou-se pela utilização de máximos e mínimos para todos os recursos que integram o processo, isto é, foram considerados os recursos, frequência e custos de forma mínima e máxima. Assim, a título de exemplificação, o custo mínimo com pessoal por atividade representa: o número mínimo de profissionais envolvidos nas atividades, multiplicado pelo tempo mínimo de execução da atividade, a frequência mínima de realização da atividade considerando um salário mínimo do profissional que executa a atividade. Seguindo o mesmo critério metodológico, o custo máximo com pessoal por atividade representa: o número máximo de profissionais envolvidos nas atividades, multiplicado pelo tempo máximo de execução da atividade, a frequência máxima de realização da atividade considerando um salário máximo do profissional que executa a atividade.

A geração e o uso das informações de custos pela metodologia de Custeio ABC foram iniciados em 2010, com o custeamento e mapeamento de 40 procedimentos assistenciais de maior faturamento na Rede FHEMIG. Desde o início de sua implantação, o Custeio ABC já foi utilizado para custear aproximadamente 120 procedimentos principais faturados na FHEMIG, sendo que estes procedimentos representam em torno de 30% dos principais procedimentos faturados no SUS, evidenciando a representação desta base de conhecimento para a gestão do SUS.

O uso das duas metodologias, de forma agregada, também permite a análise

econômica de tecnologias. Isto por ser possível o levantamento de custos das atividades diretamente ligadas ao processo que se quer custear, acrescido das informações de custos indiretos aos processos, advindos do Custeio por Absorção. Como exemplo, pode-se apresentar o estudo de incorporação de medicamentos não padronizados para tratamento de osteomelite. Apesar do custo direto com medicamentos ter aumentado com a incorporação do medicamento, houve redução no número de dias com internação. Dessa forma, utilizando o *mix* de metodologias, foi possível identificar o custo da incorporação do medicamento.

4.1. A agregação de valor às informações de custos na FHEMIG

A implantação do sistema de gerenciamento de custos de forma integrada, fundamentado na utilização das metodologias de Custeio Absorção e Custeio ABC, teve como uma das principais ações adotadas a gênese do Observatório de Custos em Saúde. O Observatório é constituído por um grupo pesquisadores que pensa custos como indicador de processo, resultado e desempenho, e que utiliza de forma inovadora as informações de custos como metainformação.

O Observatório focou a necessidade de se evidenciar e entender os custos em saúde de forma mais ampla, não apenas na dimensão financeira, mas como parte de um sistema de informação de gestão que inclui também informações não financeiras. Inicialmente, numa proposta de trabalho entre pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e da FHEMIG, o grupo conta com apoio atual de instituições como o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, entre outras. Torna-se, assim, um espaço permanente de estudos, pesquisas, discussões, que busca as melhores práticas de gestão em saúde, tanto em âmbito estadual quanto nacional, no âmbito da Economia da Saúde e do financiamento de saúde.

A proposta de gestão de custos na FHEMIG, fundamentada no Observatório de

Custos em Saúde, trabalhou para que a informação gerada tenha valor agregado, basicamente por meio de três ações/fases, nos níveis estratégicos/tático/operacional para tomada de decisão. No primeiro momento, na fase de *Inteligência*, buscou-se a organização da informação para facilitar a transferência e a demanda. Dessa forma, foram instituídas bases de dados que seriam as fontes de informações de custos, tais como custos de pessoal, material de consumo, entre outros (BARRETO, 1996; SIMON, 1979).

Além disso, na fase do *Projeto ou Desenvolvimento*, buscou-se a definição da metodologia a ser adotada suportada por uma solução informatizada de TI, isto é, o desenvolvimento do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH). Esta fase, de elevada incidência de custos, representou toda a organização dos processos na busca das informações. Ações como padronização e mudança cultural merecem aqui o nosso destaque por sua relevância na criação de uma base de conhecimento que possibilite agregar valor à informação. Com este objetivo, a FHEMIG promoveu Oficinas de Custos, através de um estudo multicaso, que utilizaram método qualitativo de Grupo de Foco (*focus group*). Este trabalho pretendeu homogeneizar as saídas, entradas e processos principais dos Centros de Custos de maior relevância estratégica na FHEMIG e dos procedimentos hospitalares de maior relevância, de forma a padronizar informações válidas para toda Rede, respeitando os dialetos locais das diversas UAs. Além disso, visou ao alinhamento do conhecimento e da linguagem de custos a todos os envolvidos, a divulgação da cultura de custos na Rede, possibilitando ganhos sinérgicos e divulgação de práticas que serão aplicadas e padronizadas entre as Unidades.

No segundo momento, incidindo a fase de *Escolha*, buscou-se a agregação de valor pela transferência (distribuição) da informação para os receptores. Nessa fase, a informação é contextualizada para instigar a geração do conhecimento. Assim, as informações geradas pelos relatórios do SIGH

são disponibilizadas a todos os gestores de Centros de Custos para conhecimento.

No terceiro momento, a agregação de valor se dá buscando-se utilizar a competência do receptor, neste caso, o corpo diretivo da FHEMIG que, ao receber a informação de custos, agrega valor ao reelaborar essa informação produzindo nova informação, de maior valor que a informação inicialmente recebida. É a fase *Implementação e Controle do Processo de Decisão*. Assim, busca-se uma mudança cultural sobre a utilização dos custos como metainformação. Consiste em reuniões mensais de discussão dos relatórios gerados e apresentados à direção e ao corpo gerencial das Unidades Assistenciais para avaliação e análise. Essas reuniões, denominadas Observatório de Custos, focam na discussão que objetiva a elucidação das dúvidas e solução de problemas, além do levantamento de possíveis melhorias, incentivando a utilização gerencial das informações e indicadores gerados pelo sistema. Essa ação tem sido um ponto de reflexão e de busca da desestigmatização dos custos como ferramenta trivial de corte de recursos.

A percepção de que a utilização das informações de custos tem como objetivo o entendimento do “como”, “onde” e “porque” estão sendo consumidos os recursos levou a um gerenciamento destes recursos com mais qualidade. Também são realizadas reuniões para discussão das inconsistências, avaliação dos processos e levantamento de possíveis melhores práticas que subsidiarão o atendimento de qualidade na Rede. Utilizando as informações geradas pelo SIGH-ABC, são realizadas reuniões com especialistas, designada de Painel de Especialistas. Consiste em reuniões com especialistas multiprofissionais para validação do fluxo levantado no processo e incluídos no sistema, possibilitando identificar um fluxo padronizado da realização do processo, criando a possibilidade de normatização dentro da organização.

5. Resultados obtidos

Os resultados quantitativos obtidos até então não refletem todas as possibilidades e

ganhos advindos da implantação do sistema de custos da FHEMIG, utilizando, de forma agregada as duas metodologias de custeio conforme podem ser aqui apresentadas.

Apesar de o Custeio por Absorção conforme diversos autores não evidenciar ineficiências, o controle das informações por centros de custos e a obtenção de séries históricas de consumo demonstra a necessidade de se analisar as informações geradas à luz das peculiaridades de cada Unidade. As divergências no perfil da assistência, as particularidades de estrutura física, além de outros fatores, impõem cautela nessas análises, de forma a evitar comparações simplistas dos dados, demonstrando a necessidade de discussões mais aprofundadas do caso, sem, no entanto, desconsiderar a importância de se conduzir estudos mais densos dos processos e dos números apurados. A FHEMIG tem uma base de informações de custos mensais desde 2009, que fundamenta as discussões internas para a melhora dos processos e uso dos recursos. Além disso, esta base é importante para discussões sobre o financiamento da saúde. Destaca-se os estudos sobre o uso dos recursos e o alinhamento com indicadores assistenciais, baseado em DRG (*diagnostic relativ group*); estudos sobre o repasse aos prestadores de serviços; estudos dos valores dos procedimentos definidos na Tabela SUS.

Destaca-se como resultados obtidos, além do uso das informações internamente, a disponibilização das informações para o usuário cidadão. A disponibilização da Prestação de Contas ao Paciente, pode-se dizer, coroa a gestão de custos na FHEMIG, validando o processo como instrumento de gestão e transparência do consumo dos recursos públicos, ou seja, *accountability*. A Prestação de Contas ao Paciente é um relatório do SIGH-Custos que consolida as informações de atendimento e de uso dos recursos aos pacientes atendidos na FHEMIG. Essa iniciativa teve início em 2012, em duas Unidades Assistências, sendo que, até o final de 2016, as 20 unidades estarão disponibilizando este relatório.

É importante salientar que a geração deste relatório, aparentemente simples, representa a consolidação da adequação dos processos internos que permitiram gerar tais dados, conforme representação na FIG. 1.

Figura 1: Representação das ações necessárias para emissão da Prestação de Contas ao Paciente



Fonte: elaborado pelos autores.

O objetivo primeiro da Prestação de Contas ao Paciente é informar. Ainda, contribuir para assegurar ao cidadão-usuário a compreensão dos custos dos cuidados recebidos. Dessa forma, busca-se garantir, de maneira clara e objetiva, a demonstração do tratamento adequado, efetivo e da qualidade do serviço prestado. Essa iniciativa inovadora, não vista antes em nenhuma instituição pública de saúde nacional, além de cumprir com seu papel social e ético, permite ao usuário cidadão o acesso à transparência dos custos dos procedimentos. Essa iniciativa inovadora está fundamentada na Constituição Federal, Lei de Transparência e Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, consolida-se a exigência legal, além de representar uma exigência gerencial. Exigência gerencial ao dar sustentação aos seus objetivos estratégicos por meio da concretização de seus eixos e da organização dos processos internos e, também, subsidiar a discussão do financiamento da saúde. Assim, a Prestação de Contas ao Paciente possibilita ampliar o campo de cooperação entre a Sociedade e o Estado e promover o engajamento e a participação

do cidadão, ampliando a transparência e o controle social das ações de governo.

Outros resultados qualitativos estratégicos merecem ser destacados como fruto da implantação do sistema de gestão de custos na FHEMIG, considerando a sua amplitude no contexto da saúde como um todo. Destaca-se, por sua relevância, a gênese do Observatório de Custos – espaço de estudos, pesquisas, discussões, análises, trocas de informações, busca das melhores práticas, *benchmarking* (KAPLAN; NORTON, 2000), enfim, um ambiente contínuo de crescimento sobre custos hospitalares em âmbito local e nacional – alinhado ao Grupo de Pesquisa Economia da Saúde da FHEMIG, em parceria com o Núcleo de Pesquisa Observatório de Custos e Economia da Saúde, do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Administração da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Destaca-se também parcerias com instituições como Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, que permitiram a realização de estudos fundamentados na base de conhecimento de custos da FHEMIG, destacando-se os seguintes estudos: implantação do serviço de verificação de óbitos em Minas Gerais; custo com tratamento de animais peçonhentos; dimensionamento de UTI em Minas Gerais; estudo sobre financiamento da saúde, abordando a relação entre valores de custos e Tabela SUS (ALEMÃO, 2012); repasse aos prestadores de serviços ao SUS de Minas Gerais, fundamentando negociações de financiamento da saúde pública. Dessa forma, o sistema de gestão de custos da FHEMIG gera evidências para políticas de saúde do SUS.

Com relação ao Custeio ABC, salienta-se a possibilidade de propostas de investigação científica que utilizem a base de conhecimento FHEMIG, inclusive em estudos de avaliação econômica em saúde. Algumas pesquisas, requisitos parciais para conclusão de cursos de mestrado e doutorado, tiveram como referência estas informações, conforme citadas aqui: estudo sobre custo do tratamento de úlcera por pressão (ANDRADE *et*

al., 2016); custo do processo de transplante de fígado (DRUMOND, 2014); custo do tratamento de osteoporose (BRANDÃO, 2012); estudo da importância da informação de custos (OLIVEIRA, 2015). Destacam-se também estudos internos na FHEMIG sobre avaliação econômica em saúde em parceria com áreas técnicas, como Comitê de Protocolos Clínicos que possibilitaram estudos de impacto financeiro de adoção de novas tecnologias (incluindo aqui tecnologias de medicamentos, equipamentos ou processos).

6. Conclusão

A utilização de informações de custos baseada metodologias de custeio integradas – Custeio por Absorção e o Custeio ABC – alavanca os resultados apresentados, caso a implantação das metodologias não estivessem sendo utilizadas de forma sinérgica. As metodologias apresentam resultados distintos, relevantes e únicos que devem ser considerados. O Custeio por Absorção permite que a instituição saiba “o quanto está custando”, e o Custeio ABC apresenta a informação “do quanto deveria estar custando”. Essas duas abordagens, utilizadas sinergicamente, representam importante ferramenta de gestão nas organizações públicas, particularmente no setor saúde. A diferença entre os valores encontrados representa informação que necessita de aprofundamento para conhecimento gerencial dos processos no setor público, especificamente no setor saúde pública.

A geração e utilização das informações de custos como metainformação no processo de tomada de decisão, compreendida não apenas na dimensão financeira, constituiu ação inovadora, não apenas no setor hospitalar, mas também no setor público em geral. A metainformação torna-se, então, ferramenta essencial, balizadora das propostas de qualidade que suportam uma base para o conhecimento, acompanhamento e avaliação sistemática dos gastos das diversas atividades, tanto assistenciais quanto administrativas dos hospitais da Rede FHEMIG.

Neste propósito, a base de conhecimento gerada a partir do SIGH constituiu ação

inovadora quanto ao mapeamento e identificação de processos, bem como quanto à quantificação de recursos consumidos no setor saúde. A implantação de sistema de gestão de custos na FHEMIG proporcionou o aprimoramento da gestão, incluindo aí o controle e a utilização das informações geradas para muito além do objetivo tradicional – cortar custos. A apuração dos custos dos produtos e serviços e a avaliação dos seus resultados visaram contribuir para a redução do grau de incerteza nos processos decisórios. Tudo isto, sem perder de vista a otimização do uso dos recursos disponíveis, a melhor funcionalidade e qualidade dos produtos oferecidos e dos serviços prestados.

A utilização de informações de custos fundamentadas em duas metodologias de custeio e entendidas como metainformação, constitui inovadora e valiosa ferramenta de gestão, do ponto de vista gerencial, tornando a experiência da FHEMIG bastante promissora. Assim, eleva a utilização das informações de custos para muito além do objetivo tradicional – cortar custos – e possibilita a melhoria no desempenho do processo ou serviço prestado, e ainda contribui para a melhoria do sistema como um todo e para a difusão de que “Saúde não tem Preço, mas tem Custo”.

Contribuições dos autores: Todos os autores trabalharam nas diversas etapas de produção do texto.

7. Referências

ALEMÃO, M. M. Financiamento da Saúde: proposta e avaliação de modelo estimativo do custeio global de hospitais públicos. 2017. 398 f. **Tese** (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

ALEMÃO, M. M. Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com metainformação custo. 2012. 186 f. **Dissertação** (Mestrado em Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://www.cepead.face.ufmg.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=20>. Acesso em: 10 jul. 2015.

ANDRADE, C. C. D. *et al.* Custos do tratamento tópico de pacientes com úlcera por pressão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 295-301, 2016. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BARRETO, A. A. A. Eficiência econômica e a viabilidade de produtos e serviços de informação. **Ciência da Informação**, v. 25, 1996.

BEUREN, I. M.; SCHLINDWEIN, N. F. Uso do Custeio por Absorção e do Sistema RKW para gerar informações gerenciais: um estudo de caso em hospital. **ABCustos Associação brasileira de Custos**, v. 3, n. nov.2007, p. 24-47, 2008.

BRANDÃO, C. M. R. *Avaliação econômica dos medicamentos para o tratamento da osteoporose no sistema único de saúde*. 2012. 171f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9DFHBN>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL.Ministério Da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundo Nacional da Saúde. **Fundo Nacional da Saúde. Gráfico comparativo por ano**. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/grafico/comparativo/filtro.jsf>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de Tecnologias em Saúde: ferramentas para a Gestão do SUS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, A. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão do Sistema Único de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-16212>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de acumulação de custos, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custo: uma diferenciação didático-teórica para o ensino da disciplina Contabilidade de Custos. In: ENANGRAD, XV, 2004. **Anais...**, 2004.

DRUMOND, H. A. Avaliação financeira do processo de transplantes de fígado em Minas Gerais: um estudo do diálogo entre o custeio baseado em atividades e a teoria das restrições. 2014. **Dissertação** (Mestrado em Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9Q7G2S>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

EMMANUEL, C.; OTLEY, D.; MERCHANT, K. **Accounting for Management Control**. Boston, MA: Springer US, 1990. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-6952-1_13>. Acesso em: 27 abr. 2016.

FHEMIG. **www.fhemig.mg.gov.br**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

GARCIA, G. F.; GONÇALVES, M. A.; ALEMÃO, M. M.; FERREIRA, D. N.; F. CUNHA, Y; BRAGA, L. Avaliação de tecnologias em saúde na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG. **Revista Médica de Minas Gerais** (Belo Horizonte). , v.26, p.31 - 39, 2016.

GILLILAND, A. J. Setting the Stage. In: GETTY RESEARCH INSTITUTE (Org.). **Introduction to Metadata**. 2. ed. Los Angeles: [s.n.], 2008. p. 1-19. Disponível em: <<https://d2aohiyo3d3idm.cloudfront.net/publications/virtuallibrary/0892368969.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

GNISCIA, E. F. S. Implementação do sistema de informação de custos do setor público - o caso do governo federal. 2010. **Dissertação** (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2010.

GONÇALVES, C. A.; MEIRELLES, A. DE M. **Projetos e Relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: [s.n.], 2004.

GONÇALVES, M. A. *et al.* Modes of governance and the use of cost information: A comparative study between Brazilian and British hospitals. **Corporate Ownership and Control**, v. 7, n. 4 D, p. 365–379, 2010. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84897148969&partnerID=40&md5=b661691ab287859775238d68bb358970>>.

GONÇALVES, M. A.; GONÇALVES, C. A.; ALEMÃO, M. M. Decision making Process And Modes Of Governance: A Comparative study between Brazilian and British hospitals. **Corporate Ownership & Control (Print)**, v. 8, p. 177–187, 2011. Disponível em: <17279232>. Acesso em: 28 jun. 2017.

- GONÇALVES, M. A.; TEIXEIRA, L.; FROES, E. Gestão estratégica de informações baseada em custo: um estudo de aplicação no setor serviços. **Revista Brasileira de Administração Contemporânea**, 1998.
- GOODMAN, C. S. **Hta 101 - Introduction to Health Technology Assessment**. Bethesda, MD: National Library of Medicine (EUA), 2014.
- HUNINK, M. G. M. *et al.* **Decision Making in Health and Medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. Disponível em: <<http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781139506779>>. Acesso em: 28 jun. 2017.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D.P. **Organização orientada para a estratégica**: como as empresas que adotam a balanced scorecard prosperam no novo ambiente de negócios. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. 9ª reimpressão.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: [s.n.], 2009.
- MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. de. Diretrizes e modelo conceitual de custos para o setor público a partir da experiência no governo federal do Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 4, p. 791-820, 2010.
- MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003.
- MIRANDA FILHO, C. R. Sistemas de custos na administração pública: uma análise das proposições teóricas atuais à luz da realidade institucional – o caso da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. **Dissertação** (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal da Bahia, 2003.
- OECD. **Economic aspects of biotechnologies related to human health (Part I)**. Disponível em: <<http://www.oecd.org>>. Acesso em: 17 jul. 2016.
- OLIVEIRA, F. E. G. A gestão de custos em serviços públicos de urgência e emergência: um estudo com gestores de uma fundação hospitalar de Minas Gerais. 2015. **Dissertação** (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.
- PANERAI, R. B. & PEÑA-MOHR, J. Health Technology Assesment Methodologies for Developing Countries. **PAHO** – Pan American Health Organization, Washington, 1988.
- SANTOS, M. D. G. Impacto do financiamento na eficiência hospitalar. **Dissertação** (Dissertação de Mestrado), Universidade do Porto, 2012.
- SIMON, H. **Comportamento administrativo**. Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro, 1979.
- YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2001.

Desafios da aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde

Challenges of Drug Procurement for the National Health System

Lígia Pires Silva¹

Suélen Livia Novy Santos²

Lucilene da Conceição Mendes³

Raquel Randow⁴

Vanessa de Almeida Guerra⁵

¹ Acadêmica do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG
liggias_silva@hotmail.com

² Acadêmica do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG

³ Administradora

⁴ Acadêmica do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG

⁵ Docente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG

RESUMO: A produção acadêmica sobre os processos licitatórios para a aquisição de medicamentos no Brasil é restrita. Este trabalho é uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de discutir a compra de medicamentos, considerando aspectos e características relevantes. Foram utilizados artigos, legislações, portarias e outros documentos. A contratação e aquisição de bens e serviços para Administração Pública, em regra, é regido pelas Leis 8.666/1993 e 10.520/2002. O desafio da saúde é equacionar o binômio qualidade-custo. Os processos estudados apresentaram limitações. Registra-se o aumento dos gastos advindos da judicialização. A compra de medicamentos é uma atividade constante e contínua e por isso, o planejamento é o pilar de sustentação deste processo. Verificou-se que os gestores públicos enfrentam desafios crescentes para aperfeiçoar a aplicação de recursos e atender à totalidade demandada pela população por ações e serviços de saúde pública. A gestão profissional possibilitará melhorias nos processos de aquisição e distribuição de medicamentos.

Palavras-chave: Compras Públicas. Gestão Pública. Licitação. Lei 8.666/1993. Sistema Único de Saúde. Medicamentos.

ABSTRACT: Academic production on the bidding process for the purchase of medicines in Brazil is restricted. This work is a narrative review of the literature for the purpose of discussing the purchase of medicines, considering relevant aspects and characteristics. Articles, laws, statutes as well as other documents had been used. The hiring and procurement of things and services for the Public Administration, as a rule, is governed by the laws 8.666/1993 and 10.520/2002. The health care challenge is to equate the binomial quality-cost. The processes studied had limitations. Registers itself the increasement in expenses arising from judicialization. The purchase of medicines and a constant and continuous activity and therefore, the planning and the pillar of support of the process. It was found that public managers face increasing challenges to improve the application of resources and meet all demanded by the population by actions and public health services. Professional management will enable improvements in the processes of acquisition and distribution of medicines.

Keywords: Public Procurement. Public administration. Bidding. Law 8.666/1993. National Health System. Medicines.

1. Introdução

A contratação de serviços, assim como as aquisições de bens pela Administração Pública, em regra, só pode ser realizada mediante procedimento legal, a determinação é licitar. O estatuto das compras públicas concentra-se na Lei 8.666/1993, e as modalidades de licitação são classificadas como: concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão.

Cada mecanismo legal de compras públicas apresenta peculiaridades e tem sua escolha influenciada pelo objeto e valor a ser adquirido. A Lei 8.666/1993 possibilita, em casos específicos, que o procedimento licitatório seja dispensável se for fundamentado no Art. 24, que legaliza o procedimento denominado “dispensa”, e no Art. 25, que legaliza a compra por inexigibilidade.

O Ministério da Saúde criou o Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos. Neste processo, os licitantes apresentam seus preços para registro, sendo aprovados aqueles que atenderem às condições do edital e o menor preço. É necessário um decreto que regule sua utilização no âmbito de cada unidade federativa. O sistema de Registro de Preços está destacado no Art. 7º do Decreto Federal nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, e pode ser utilizado para licitações na modalidade “concorrência” e também para o “pregão” introduzido como modalidade de compras através da Lei 10.520/2002. Nesse sistema, as empresas licitantes oferecem preços pelos quais se comprometem a realizar vendas futuras durante a vigência do registro.

Contudo, o valor registrado não gera obrigatoriedade de compra para o órgão, mas possibilita a aquisição futura pelo valor registrado. Essa modalidade, em comparação com a formalização do contrato, é mais viável por não comprometer o orçamento. O contrato gera a obrigação de aquisição de no mínimo 75% do valor contratado. O Art. 15, no § 2º da Lei 8.666/1993, registra que trimestralmente devem ser realizados novas cotações/orçamentos e atualizados os valores registrados em publicações na Imprensa Oficial.

De acordo com Viana (2002) *apud* Freitas *et al.* (2008), o maior grau de formalidade é a

principal diferença entre as compras no setor público e na iniciativa privada; sendo que Freitas *et al.* (2008) ressaltam que a legislação de aquisição pública favorece a transparência e a ética na utilização dos recursos públicos. Para Batista e Maldonado (2008), a crescente busca por qualidade, menor custo, rapidez e flexibilidade das compras e contratações públicas tem resultado em uma constante preocupação dos gestores públicos no uso eficiente dos recursos orçamentários. Observa-se o aumento da fiscalização, reflexo de maior cobrança por parte dos órgãos de controle externo e do incremento de uma sociedade fiscalizadora.

O medicamento é um insumo importante para o bem-estar das populações, e deve ser encarado como um meio, como uma possibilidade a ser usada tanto para prevenir agravos, quanto para recuperar a saúde (FERRAES; CORDONI JÚNIOR, 2007). O acesso a medicamentos de qualidade está diretamente relacionado com a condição da atenção à saúde e contribui para a resolução das ações de saúde (BIANCHIN *et al.*, 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), e de acordo com Miranda *et al.* (2009), deve-se implantar políticas de medicamentos que precisam estar diretamente relacionadas ao componente “capacidade de aquisição”. Zanghelini *et al.* (2014) relataram que estudos realizados em diversos países demonstraram que houve um aumento significativo nos gastos com aquisição de medicamentos em relação aos gastos totais em saúde nos últimos anos.

Outro fator que explica a importância das pesquisas em gestão de medicamentos é a frequência com que decisões jurídicas têm obrigado o Sistema de Saúde a garantir a oferta de procedimentos e medicamentos. Entre essas decisões, o Ministério da Saúde relata que nos processos de aquisição de medicamentos existem medicações desprovidas de evidência científica, causando impacto significativo nas previsões orçamentárias (BRASIL, 2010). Nesse contexto, aumenta a importância de estudos para que os gestores públicos possam nortear o planejamento e a tomada de decisão ante as demandas.

A produção acadêmica brasileira sobre compras públicas de medicamentos ainda é restrita. A partir da literatura disponível, este trabalho tem como objetivo discutir a compra de medicamentos. Foram analisados os aspectos e características relevantes dos processos de aquisições destes insumos para atender às necessidades de saúde pública no Brasil.

2. Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura existente. Em um primeiro momento, realizou-se a captação de estudos publicados em meio eletrônico até maio de 2016, os quais mencionavam processos de aquisição de medicamentos no país. Os operadores booleanos utilizados foram: Medicamentos AND Compras Pública; Licitação; Saúde Pública; Políticas; Gestão Pública; Administração Pública e SUS; Compras AND Saúde e Saúde Pública; Aquisições AND SUS. Esse critério foi utilizado para recuperar publicações que continham títulos ou temas com os termos pesquisados. No intuito de ampliar e encontrar quaisquer dos termos pesquisados, empregou-se as combinações citadas anteriormente substituindo AND pelo booleano OR. Utilizou-se as bases Medline, LILACS, Bireme e pesquisou-se diretamente em bancos de teses e dissertações. Por busca manual, foram selecionados trabalhos que continham informações pertinentes e também estudos que foram citados nos artigos selecionados.

Devido à escassez de trabalhos científicos abrangentes ao tema proposto, foram incluídos documentos oficiais no estudo, tais como: legislações, portarias, além de publicações de órgãos responsáveis pela fiscalização e controle externo, entre outros.

Foram selecionados estudos que versaram sobre o planejamento e a política de medicamentos, bem como sobre os processos de aquisição de medicamentos.

Buscou-se percorrer nas lacunas sobre os processos de aquisição pública de medicamentos; objetiva-se que estas possam formar conhecimento e produzir instrumentos base para novos estudos.

3. Resultados e discussão

Foram captados 78 documentos e publicações. Os estudos selecionados por pesquisa manual não estão mensurados de forma separada, pois foram considerados no desenvolver da contextualização.

No total de 36 exclusões, foram dispensados os trabalhos que afastavam do objetivo descrito deste estudo ou que apresentavam referências simplistas às compras públicas de medicamentos e os estudos focados essencialmente na farmacologia de medicamentos, independente da referência aos booleanos pesquisados.

Ao final, 44 estudos e documentos foram eleitos por estarem adequados ao objetivo desta narrativa.

3.1 O planejamento em saúde e a política de medicamentos

Em saúde pública, área estratégica da demanda social, o ciclo de compras se inicia com a elaboração do Plano Plurianual (PPA). Para Lima (2010), esta etapa estabelece o planejamento para um período de 4 anos e visa a melhorar o desempenho gerencial da Administração Pública, contribuindo para atender as prioridades de governo. Além do PPA, a Lei Orçamentária Anual (LOA) participa do planejamento anual das ações orçamentárias, determinando como serão alocados os recursos para disponibilizar os serviços que serão ofertados à sociedade. A LOA é o instrumento público de gestão que irá determinar os gastos anuais, portanto a quantidade de recursos que serão aplicados na saúde.

O planejamento é o pilar de sustentação e a compra de medicamentos é uma atividade constante e contínua na saúde. A utilização e disponibilização de produtos farmacêuticos são pautadas na existência de políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica como parte integrante da política de saúde. A formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde são atribuições do SUS de acordo com o Art. 6º, inciso VI da Lei 8.080/1990.

O Brasil elabora listas oficiais de medicamentos desde 1964, antes mesmo da recomendação e da publicação da lista modelo de medicamentos feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978. Inicialmente, as atualizações foram realizadas pela Central de Medicamentos (CEME), que a partir da versão elaborada em 1975 passa a receber a denominação de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2015, p. 7).

No SUS, o direito à assistência farmacêutica, inclusive terapêutica, foi previsto, mas não regulamentado e, somente em 1998, foi publicado o documento da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

A Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (RES/CNS 322/03) define que a assistência farmacêutica é considerada despesa em ações e serviços públicos de saúde. A Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, definiu normas de regulamentação para o setor farmacêutico e criou a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). A criação da CMED foi de efetiva importância para as compras públicas e impôs, por exemplo, um redutor obrigatório sobre o Preço de Fábrica (PF) dos medicamentos excepcionais e de alto risco para as compras realizadas pelos entes públicos. Esse redutor, desconto mínimo obrigatório, é o Coeficiente de Adequação de Preço (CAP) (NISHIJIMA, 2014).

Em 2004, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) passa a ser aplicada à tomada de decisão relativa aos preços de novos medicamentos (BRASIL, 2010).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal, e constitui a União, Estados, Distrito Federal e Municípios legislação específica que define os percentuais mínimos a serem aplicados com ações e serviços de saúde.

O financiamento da Assistência Farmacêutica para o SUS é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. É importante registrar que os Municípios possuem, em geral, orçamentos

menores e infraestrutura menos desenvolvida que os Estados e a União.

Conforme Dourado e Elias (2011), referenciado também por Wang *et al.* (2014), isso é considerado dentro do Sistema Único de Saúde, que, em regra, atribui aos municípios ações e serviços de baixa ou média complexidade, “na chamada estrutura federativa do SUS”.

O Decreto nº 7.508/2011 prevê que as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, podem ter a participação complementar da iniciativa privada, o que é organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Nesse caso, a seleção do elenco de medicamentos se dará pelas Portas de Entrada do SUS de acordo com a complexidade do serviço.

De acordo com Pinto *et al.* (2013), o Brasil vinha elaborando sua lista de medicamentos essenciais tomando por base critérios de evidência científica, de acordo com a orientação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Os autores relataram que as últimas versões da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) foram desenvolvidas com base na avaliação comparativa de eficácia, efetividade, segurança, conveniência e custo de medicamentos para as condições sanitárias prioritárias do país. Cabe ressaltar que no Brasil o RENAME foi legalizado em 23 de abril de 1999, através da Portaria 507/GM.

Para Pinto *et al.* (2013), as listas de medicamentos essenciais são adotadas mundialmente, desde 1977, o que foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A lista estrutura ações como programação de necessidades, organização do financiamento, da aquisição, da logística e da utilização. A RENAME é chave para a gestão da Assistência Farmacêutica.

3.2 Aquisição de medicamentos para atender às demandas da saúde pública

3.2.1 Qualidade e impactos da fiscalização

Embora o trâmite processual para aquisição de medicamentos possa oferecer vantagens,

especialmente as relacionadas ao custo e à simplificação do processo, algumas desvantagens são observadas, entre elas, a principal: a qualidade dos medicamentos. A obrigatoriedade da Administração Pública de aquisição pelo menor preço pode contribuir para que a qualidade do produto adquirido fique comprometida. Acentuando a importância desta informação, Bianchin *et al.* (2012), em um estudo sobre a qualidade de comprimidos de propranolol e enalapril distribuídos no sistema público de saúde em uma cidade do sul do Brasil, encontraram irregularidades em relação a aspecto visual, peso médio, friabilidade e teor do princípio ativo, caracterizando desvio de qualidade do produto ofertado. As autoras sugerem assegurar que os medicamentos distribuídos possuem qualidade e segurança.

A Lei nº 9.677, de 02 de julho de 1998, classifica os crimes contra a saúde pública e os define como delitos hediondos; bem como regulariza as sanções aos processos ilegais que comprometem a qualidade, visando a falsificar, corromper, adulterar ou alterar produtos destinados a fins terapêuticos ou medicinais. Essas ações podem tornar os produtos nocivos à saúde, em decorrência da existência de substâncias não encontradas na composição ou que existam em quantidades inferiores à mencionada. A Portaria 802/SVS/MS, de 08 de outubro de 1998, legalizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, estabelece o controle e fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos.

Para Luiza *et al.* (1999), a Lei nº 8.666/1993 é a ferramenta que tenta equacionar o binômio qualidade-custo, por permitir que no edital, além dos critérios de menor custo, especifique-se critérios de qualidade exigidos para entrega de produtos. Entretanto, ao estudar atas de processos licitatórios para aquisição de medicamentos em um município de pequeno porte de Santa Catarina (SC), Bevilacqua *et al.* (2011) ressaltaram que exigências de testes de bioequivalência e/ou biodisponibilidade elevaram em mais de 100% os custos com financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Observou-se também que essa exigência foi

responsável pelas diferenças no número de recursos, no número de processos e no número de itens fracassados, no custo unitário e no valor de aquisição de medicamentos.

A avaliação dos medicamentos, qualificação dos fornecedores e ações de farmacovigilância são também subsídios para o aprimoramento do processo licitatório, conforme previsto na Lei nº 8.666/1993.

3.2.2 Procedimentos e a eficiência na aquisição de medicamentos

Para dar mais agilidade ao processo licitatório, Frossard (2011) relatou que o Hospital das Forças Armadas (HFA) de Brasília (DF) realiza licitações menores, pois assim, a licitação não fica suspensa por causa de um item ou recurso. Caso não haja pregão com registro de preços vigente, ou em caso de urgência, a farmácia do hospital tem à sua disposição um cartão corporativo. A compra é feita em pequenas quantidades ou até que seja realizado processo licitatório. Contudo, segundo a autora, devido à especificidade de alguns medicamentos e no caso da impossibilidade por outros meios, a aquisição é feita por dispensa de licitação.

O fracionamento da compra de medicamentos pode ser considerado uma ação irregular se não prevista nos termos do Art. 24, incisos II e IV, e no Art. 25, inciso I da Lei nº 8.666/1993. Segundo Britto (2015), fracionar o objeto pode configurar fuga ao processo licitatório ou à modalidade licitatória adequada, configurando infração ao Art. 23, § 5º, da referida lei.

[...] Não é aceitável que se alegue situação emergencial ou circunstância crítica e potencialmente danosa por falta de planejamento ou por negligência da Administração. Por se tratar de necessidade permanente, a aquisição de medicamentos e de material odontológico exige planejamento criterioso por parte da Administração Pública, de maneira tal que os serviços funcionem sem interrupções. (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2003).

Speck e Ferreira (2011) *apud* Ziller (2012) indicaram que existe alto risco de corrupção em compras públicas por dispensa e por inexigibilidade de licitação, risco médio em

compras que utilizam as modalidades convite e concurso e menor risco em compras que utilizam pregão, leilão, concorrência e tomada de preços. Ressalta-se, no entanto, que concurso e leilão não podem ser utilizados para compras de medicamentos (CAMARGOS; MOREIRA, 2015).

Delenogare (2009), estudando a Assistência Farmacêutica no Programa de Controle de Tuberculose, sugeriu que não há eficiência na realização das aquisições de medicamentos tuberculostáticos pelo Ministério da Saúde. Para a autora, há um distanciamento entre os setores demandantes que devem passar as informações iniciais dos pedidos de aquisições, estoque estratégico, quantitativo, pesquisa de preços, fornecedor da última aquisição, características da distribuição, a funcional programática onde ocorrerá à despesa, entre outros fatores que estruturam a aquisição desses medicamentos, os quais são adquiridos, porém, sem prioridade. Fez críticas às aquisições realizadas pelo MS por estas estarem concentradas em medicamentos de alto custo, medicamentos de ações judiciais e para tratamento de pacientes de AIDS, que além de terem alto valor agregado, contam com uma política diferenciada e de grande repercussão internacional.

Historicamente, segundo Cárdenas (2010), a aquisição centralizada de medicamentos visava apenas a grupos de doenças que configuravam problemas de saúde pública com risco de atingir coletividades, medicamentos de alto valor agregado, como é o caso dos medicamentos para tratamento da AIDS e aqueles para patologias raras, que só têm produção viabilizada quando adquiridos em grandes volumes.

3.2.3 Custos e quantidades demandadas

Ao avaliar economicamente os medicamentos destinados ao tratamento de osteoporose do Programa de Medicamentos Excepcionais do MS, pela SES/MG, de 2004 e 2006, Brandão (2008) constatou que o quantitativo de medicamentos adquiridos foi irregular. Recomendou a reestruturação sistemática do processo de compra de medicamentos excepcionais, visando a

aperfeiçoar o processo e a dar garantia de que o menor preço seja de fato executado pela Administração Pública.

No SUS, os medicamentos adquiridos através dos processos licitatórios podem ser medicamentos de referência, genéricos e também é permitido o intercâmbio com medicamentos similares. Porém, deve-se dar preferência ao medicamento genérico quando os preços forem iguais, devido aos testes de bioequivalência que são realizados com estes medicamentos, em laboratórios credenciados pela Anvisa (LOVATO; COMARELLA, 2015).

É vedada a preferência por marca. De acordo com o Ministério da Saúde, em caso de exclusividade na produção de medicamentos o atestado deve citar que a fabricação e comercialização daquele medicamento, com nomenclatura genérica, são realizadas por uma única empresa (BRASIL, 2006). Não devem ser aceitos atestados de exclusividade de marca e atestados de exclusividade de venda apenas ao órgão público que está efetuando a aquisição.

Outro aspecto importante nas aquisições para o setor público é a chamada economia de escala, onde os preços dos medicamentos tendem a reduzir conforme o volume da compra efetuada. Neste cenário, a formação de consórcios intermunicipais, em âmbito regional ou estadual, é uma estratégia de gestão a ser considerada, pois pode permitir aos municípios menores usufruir do poder de compra e da infraestrutura administrativa proporcionada por essa forma de organização. Assim, comprar através de contratos que permitam um maior volume, com prazos de entrega estipulados e entregas parceladas, em geral, apresenta maior vantagem como regularidade no abastecimento, redução dos estoques e nos custos de armazenamento (BRASIL, 2006).

A grande cobertura populacional do consórcio, especialmente dos pequenos municípios, indica seu potencial como instrumento de promoção da equidade e do acesso aos bens e serviços de saúde (FERRAES; CORDONI JÚNIOR, 2007).

Amaral e Blatt (2011) estudaram o impacto no desabastecimento e no custo com

a aquisição de medicamentos através de Consórcio Intermunicipal (CIS-AMMVI) de Santa Catarina (SC), e explicaram que a compra centralizada de medicamentos do componente básico, além de ter possibilitado uma redução dos custos, também reduziu o tempo médio de falta de medicamentos e o número de itens em falta, refletindo em um impacto positivo na Assistência Farmacêutica Municipal. Destacaram também a importância da utilização de ata de registro de preços, com cotações válidas para o período de 12 meses, o que possibilita antecipar a demanda e racionalizar melhor a utilização do orçamento disponível no momento da contratação, e não no início da licitação, em comparação com a obrigatoriedade de disponibilização orçamentária e financeira quando celebrado na modalidade contrato.

Corroborando com estes resultados, Zangheli *et al.* (2014) analisaram, através de estudo transversal comparativo de custos de medicamentos, o impacto da aquisição centralizada de medicamentos de alta complexidade para o tratamento de artrite reumatoide (AR) na Secretaria de Saúde de Pernambuco, e constataram uma economia de 48,2% em relação à compra descentralizada de inibidores de Fator de Necrose Tumoral-Alfa (TNF- α). Os autores descreveram que a economia viabilizada pelo processo de compra centralizada no Ministério da Saúde pode ser explicada pelo fato de a negociação e a aquisição em escala proporcionarem agilidade e dinâmica ao processo licitatório.

3.2.4 Compras emergenciais: o caso da judicialização

Para Luiza *et al.* (1999), considerando que os recursos são finitos, o desafio dos gestores públicos é adquirir medicamentos de qualidade sem serem prejudicados pela necessidade de economia. Além disso, Vieira e Zucchi (2007) alertam sobre o fenômeno da judicialização da saúde, que está desestruturando a política de medicamentos, apesar dos avanços do sistema desde a criação da PNM.

É crescente a demanda judicial por medicamentos que muitas vezes não constam na

RENAME, comprometendo as rubricas orçamentárias destinadas à aquisição de medicamentos. Registra-se que a Lei nº 12.401/2011 altera a Lei nº 8.080/1990 e estabelece regras para assistência terapêutica integral e inclusão de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Esta Lei autoriza a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde ou agravos. Abrange o caso de medicamentos que seguem protocolos clínicos ou, até mesmo medicamentos não disponíveis na relação instituída pelo gestor federal do SUS.

Wang *et al.* (2014) estudando as estimativas da judicialização no município de São Paulo em 2011, apontaram um total de gastos com insumos e medicamentos judicializados de R\$ 8.806.221,98 – deste valor, 81% procede de atas de registro de preços válidas para 2011, provenientes de licitação firmada entre o município e empresas. Sendo que 18% são provenientes de compras por dispensa ou inexigibilidade, e 1% de outras atas. Ainda observaram que aproximadamente 45% das demandas são para tratamentos não contemplados pelo Sistema Único de Saúde, e que 55% dos recursos gastos para o cumprimento de decisões judiciais referem-se ao fornecimento de medicamentos e insumos que fazem parte da lista de competências da União e dos Estados, indicando que o município prevê gastos que são de responsabilidade dos demais entes federados.

Os autores relatam ainda que o judiciário apresenta tendência a concentrar suas decisões na Constituição Federal e nas leis, nas quais o direito à saúde é assegurado, e a desconsiderar o impacto orçamentário, pelo entendimento que as limitações financeiras não são subsídios suficientes para que a população fique sem a assistência farmacêutica.

4. Considerações finais

A assistência farmacêutica é um dos pilares do Sistema Único de Saúde, e sua gestão é determinante para promover assistência de qualidade aos usuários. As aquisições de medicamentos são atividades frequentes para os entes da Administração Pública, porém são observadas irregularidades e inconsistências

em processos licitados, por vezes, homologados e executados, conforme exemplos apresentados neste estudo.

Adequações do planejamento e da execução, da demanda e da oferta, associados ao controle da qualidade e do custo, resultam em eficiência da gestão farmacêutica e, conseqüentemente, eliminam o desperdício financeiro. Neste cenário, os gestores públicos enfrentam desafios crescentes para aperfeiçoar a aplicação de recursos e atender à totalidade da demanda da população por ações e serviços de saúde.

As práticas de superfaturamento, a alta concentração e poder de mercado das indústrias farmacêuticas e o crescente cenário de judicialização resultam, frequentemente, na necessidade de realizar compras emergenciais e não planejadas, ou ainda em impactos consideráveis nos gastos públicos relacionados à aquisição de medicamentos.

A produção acadêmica brasileira a respeito dos processos licitatórios para compras públicas, principalmente em relação à aquisição de medicamentos, ainda é restrita: um dos motivos é a falta de investimentos em pesquisa sobre a gestão no setor de saúde. Aliado a isso, registra-se que os estudos em administração pública podem ser considerados recentes.

A fim de atender à demanda da sociedade de forma efetiva, é imprescindível prosseguir com a fiscalização, mesmo que de forma indireta, dos métodos adotados e realizados no planejamento, execução e aquisições de medicamentos.

A eficiência e a eficácia na gestão pública da saúde são pilares que podem atuar na melhoria das aquisições e distribuição de medicamentos para a população.

Sugere-se que sejam ampliados os incentivos para o fortalecimento das pesquisas em Gestão de Serviços de Saúde, especialmente aqueles que reforçam a regulamentação, planejamento, utilização e transparência na aplicação das receitas públicas para a Saúde.

Contribuições dos autores: Silva LP concebeu a ideia, realizou a coleta de dados, a redação do texto, e a análise do texto final. Santos SLN: descrição dos elementos técnicos e conceituais de saúde, redação e análise do texto final. Mendes LC: coleta de dados e interpretação das legislações necessárias a sustentação do conteúdo; descrição dos resultados, redação do texto e análise do texto final. Bahia RR: adequações as normas da escrita científica e tradução do resumo para a língua inglesa. Guerra VA: orientou o trabalho que deu origem à esta publicação.

Referências

- AMARAL, S. M. S. do; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000016>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- BATISTA, M. A. C.; MALDONADO, J. M. S. de V. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000400003>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- BEVILACQUA, G; FARIAS, M. Rocha; BLATT, C. R. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000020>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- BIANCHIN, M. D. *et al.* Avaliação da qualidade de comprimidos de propranolol e enalapril distribuídos no sistema público de saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, fev. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200022>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- BRANDÃO, C. M. R. Avaliação econômica dos medicamentos destinados ao tratamento da osteoporose no programa de medicamentos excepcionais do Ministério da Saúde. 2008. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização- do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.892**, de 23 de Janeiro de 2013. Regulamenta o sistema de Registro de Preços previsto no Art.15 da Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Decreto/D7892.htm>. Acesso em 09 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.677, de 2 de julho de 1998. Altera dispositivos do Capítulo III do Título VIII do Código Penal, incluindo na classificação dos delitos considerados hediondos crimes contra a saúde pública, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 03 jul. 1998:1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9677.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 16 jan. 2012. (Brasília, 2012b). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.742.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, 29 abr. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.666**, de 21 de 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. Congresso Nacional, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666compilado.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.677**, de 19 de setembro de 1998. Brasília, DF: [s.n], 1998. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9677-2-julho-1998-352856-norma-pl.html>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS: Orientações Básicas**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. 52p. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/284.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2003. **Diário Oficial da União**, de 8 maio 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão e Tecnologias em Saúde**. Série B – Textos Básicos em Saúde. Brasília, Distrito Federal, 2010. 52p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Rename 2014. 9. ed. rev. e at. 2015. Brasília, Distrito Federal. 230p. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/13/Rename-2014.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 802**, de 8 de outubro de 1998. Brasília, DF: [s.n], 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/legis/portaria.htm>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 507/GM**, de 23 de abril de 1999. Brasília, DF: [s.n], 1999. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmisc/legislacao/gf99507.htm>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRITTO, E. A. Aquisição de medicamentos pela Administração Pública: judicialização e controle pelo Tribunal de Contas. **Revista TCEMG**, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://libano.tce.mg.gov.br/seer/index.php/TCEMG/article/download/17/43>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

CAMARGOS, N. M.; MOREIRA, M. F. Compras para Inovação no Ministério da Saúde – no discurso sim, na licitação, não. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 18, n. 3 p.126-141, set./dez. 2015. ISSN: 1984-3925. Disponível em: <<https://cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/download/893/pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

CÁRDENAS, R. E. N. Análise da distribuição espacial da tuberculose no Distrito Federal, 2003-2007. 2010. 109p. **Dissertação** (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

CAUDURO, V. D; ZUCATTO, L. C. Proposição de lote econômico como estratégia de compra para compra para farmácia hospitalar municipal. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 11, n. 20, p.73-84, 2º semestre 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/22280>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

DELENOGARE, M. M. Assistência Farmacêutica no programa de controle de tuberculose: planejamento versus execução da programação de medicamentos. 2009. 121p. **Dissertação** (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

DOURADO, D. ARAUJO; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, fev. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122007000300005>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

FREITAS, M de; MALDONADO, J. M. S. de V. O pregão eletrônico e as contratações de serviços contínuos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, out. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000500009>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

FREITAS, F. F. T; MEDEIROS, C.V. S; MELO, A. C. S. Aplicação de técnicas de auxílio à tomada de decisões em compras públicas estaduais de medicamentos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 28, 2008. **Anais...** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_tn_sto_069_492_12058.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2017.

FROSSARD, L. B. de M. Desafios da eficiência no contexto da gestão de compras de medicamentos em hospital público: o caso do Hospital das Forças Armadas – HFA. 2011. 92p. **Dissertação** (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

LIMA, F. R. F. Planejamento e controle externo: a influência do PPA na definição dos temas de maior significância. Instituto Serzedello Corrêa – ISC/TCU. **Especialização** em Orçamento Público – Controladoria Geral da União (CGU), Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2053590.PDF>>. Acesso em: 31 ago. de 2015.

LOVATO, H. L.; COMARELLA, L. Qualidade de comprimidos distribuídos no Sistema Único de Saúde no Brasil: uma breve revisão. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 16, n. 1, jan./mar. 2015. ISSN 1518-8361/139. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/academica/article/viewFile/40089/26365>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

- LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O de; NUNES, J. M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade-custo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out. 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400011>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- MIRANDA, E. S.; PINTO, C. D. B. S.; REIS, A. L. A. R.; EMERICK, I. C. M.; CAMPOS, M. R.; LUIZ, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes Regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 25, n. 10, p.2147-2158, 2009. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000006>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- NISHIJIMA, M.; BIASOTO Jr., G.; LAGROTERIA, E. A competição no mercado farmacêutico brasileiro após uma década de medicamentos genéricos: uma análise de rivalidade em um mercado regulado. **Econ. soc.**, Campinas, v. 23, n. 1, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182014000100006>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- PAULUS JÚNIOR, A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Paraná, v. 7, n. 1, p. 30-45, 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/gerenciamento.htm>>. Acesso em: 31 ago. 2015.
- PINTO, Cláudia Du Bocage Santos; VENTURA, Miriam; PEPE, Vera Lúcia Edais; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1056-1058, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n6/a02v29n6>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- SPECK, B. W.; FERREIRA, V. M. **Sistema de Integridade nos Estados Brasileiros**. São Paulo: Instituto Ethos de Responsabilidade Social, 2011. Disponível em: <http://www1.ethos.org.br/EthosWeb/arquivo/0-A-93eSIEB_versao13dez2011.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Processo Administrativo nº 612.811. **Decisões**. Relator: Conselheiro Sylo Costa. Sessão do dia 25 set. 2003. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.tce.mg.gov.br/MunicipioEmergencia/decisoes2.shtml>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- VIANA, J. J. Administração de materiais: um enfoque prático. São Paulo: Atlas, 2002. 448 p. *apud* FREITAS, F. F. T.; MEDEIROS, C.V. S.; MELO, A. C. S. Aplicação de técnicas de auxílio à tomada de decisões em compras públicas estaduais de medicamentos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 28, 2008. **Anais...** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_tn_sto_069_492_12058.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 41, n. 2, p.214-222, 2007. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- WANG, D. W. L.; VASCONCELOS, N. P. OLIVEIRA, V. E.; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500006>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- ZANGHELINI, F.; SILVA, A. S.; FILHO, J. A. R. A importância econômica da compra centralizada dos inibidores do fator de necrose tumoral-alfa em Pernambuco. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 11, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/REF/rt/prINTERfriendly/29273/0>>. Acesso em: 10 mar. 2016.
- ZILLER, H. M. Mudança institucional no governo: compras públicas de medicamentos no município de Brusque. 2012. 115p. **Dissertação** (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

A perspectiva dos sujeitos na judicialização da saúde no âmbito municipal: o caso de Leopoldina/MG

The Perspective of Subjects in the Judicialization of Health in the Municipal Area: the Case of Leopoldina/MG

Renan Guimarães de Oliveira¹
Auta Iselina Stephan de Souza²

¹SES/GRS/Leopoldina
renangos@yahoo.
com.br

²Universidade Federal
de Juiz Fora

RESUMO: O Sistema Único de Saúde materializa o direito social à saúde no Brasil, o qual, ao longo dos últimos anos, vem sendo questionado por meio de crescentes e constantes ações judiciais a fim de que seja garantida a efetividade do sistema e a legitimidade do direito. Nesse cenário de crescentes ações judiciais, este artigo buscou entender, por meio de uma pesquisa de campo no município de Leopoldina-MG, os fundamentos para a sua existência sob o ponto de vista daqueles que estão envolvidos nas ações judiciais no âmbito municipal. O objetivo é compreender a judicialização do direito à saúde pública sob o ponto de vista dos usuários, dos atores das instituições jurídicas e dos atores do Executivo. Trata-se de uma pesquisa empírica do tipo estudo de caso desenvolvida por meio de entrevistas individuais, seleção de sujeitos relacionados à ação judicial e observações no campo de pesquisa. Os resultados demonstraram que as ações judiciais foram o reflexo da desassistência para os usuários, estas dificultaram a execução da política pública para atores do Executivo e a falha na execução da política pública para os atores das instituições jurídicas. Considera-se ainda que a judicialização no discurso dos sujeitos ocorre pela dificuldade na execução da política pública a fim de atender ao direito à saúde, relacionada principalmente ao acesso e ao financiamento do setor. **Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Direito à saúde. Assistência integral à Saúde.

ABSTRACT: Brazilian Unified National Health System materializes the social right to health in Brazil, which over the last years has been questioned through increasing and constant judicial actions in order to guarantee effectiveness and legitimacy of common law. At this scenario of growing court records, this manuscript aimed to understand by a field work at Leopoldina city, Minas Gerais, the grounds for its existence from the point of view of those who are involved in lawsuits at municipal scope. The aim was to understand judicialization of the law to public health from the point of view of users, legal institutions actors and Executive actors. It is an empirical case study developed by individual interviews, selection of subjects related to the court records and observations at the field work. According to the results, the court records were: lack of assistance to users, court records made difficult execution of public policy for actors of the Executive, and generated a failure in the execution of the public policy for the actors of the legal institutions. It was also considered that the judicialization at subjects discourse occurs due to the difficulty in execution of public policy in order to attend the right to health related mainly to access and financing of the sector.

Keywords: Brazilian Unified Health System. Right to health. Comprehensive Health Care.

1. Introdução

A Judicialização da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia interesses legítimos do direito à saúde instituídos a partir da Constituição Federal de 1988 e, atualmente, é um tema bastante debatido na saúde coletiva e na sociedade.

O Judiciário tem atuado em situações que envolvem competência do Poder Executivo no sistema de saúde, e essa intervenção para garantir o direito é denominada Judicialização da Saúde (CHIEFFI; BARATA, 2009). De fato, esse debate sobre esse tema tem grande importância tendo em vista o direito à saúde. Segundo o ministro Joaquim Barbosa (2013), o direito à saúde envolve uma responsabilidade solidária dos três entes da federação e o Estado não pode se furtar de cumprir o dever de atender os cidadãos.

O atendimento da demanda cidadã enfrenta na gestão pública um cenário de limitações orçamentárias, e é importante considerar que não se pode impor ao Estado a concessão ilimitada de todo e qualquer tratamento ou medicamento. Entretanto, a ausência de recursos não pode ser considerada justificativa para o poder público não realizar tal atendimento (BARBOSA, 2013).

As dificuldades cotidianas do SUS ao promover universalidade fizeram com que cidadãos utilizassem o Judiciário para conseguir acesso às ações e serviços de saúde. Esse cenário estabelece um padrão de diferentes demandas e necessidades relativas às ações e serviços de saúde, elevando o nível de dificuldade para que as mesmas sejam atendidas e fazendo com que alguns usuários busquem o Judiciário para o acesso a ações e serviços, ocasionando o fenômeno da judicialização (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

No contexto do direito, da assistência à saúde e da judicialização esta pesquisa foi conduzida no âmbito municipal por se tratar do ente federado mais próximo do usuário. O município tem a competência, o planejamento, a programação, a análise de situação e a organização de ações e serviços de saúde fundamentados pelas políticas públicas com base no direito dos

usuários, de acordo com a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990).

Diante dos processos judiciais, foram selecionados os sujeitos que apresentaram relação com o curso da ação judicial, sendo submetidos a entrevistas que contemplassem os objetivos do estudo. A fim de descrever este contexto, o município de Leopoldina-MG foi utilizado como campo de pesquisa para o estudo das ações judiciais do ano de 2012 que pretendiam o acesso à assistência à saúde.

O objetivo deste trabalho foi descrever a judicialização do direito à saúde no município de Leopoldina-MG, sob o ponto de vista dos usuários do SUS, dos atores das instituições jurídicas e do Executivo Municipal.

Este artigo busca contribuir com o conhecimento sobre a judicialização da saúde no SUS, no âmbito municipal, refletindo a compreensão sobre o direito no cotidiano entre aqueles que se relacionam com as ações judiciais, a fim de discutir o acesso, a assistência, o direito e a gestão.

2. Métodos

Este estudo foi realizado no município de Leopoldina-MG a partir da realidade vivida pelos sujeitos nas ações judiciais, e é recorte de um estudo mais abrangente. O município de Leopoldina está situado na região sudeste do Estado de Minas Gerais, e sua adscrição sanitária na microrregião é a de Leopoldina/Cataguases, a qual é composta por dez municípios. Essa microrregião é bipolar; seus dois polos, Leopoldina e Cataguases, são pontos estratégicos e de referência assistencial no setor. No planejamento territorial da região, possuem responsabilidade nos atendimentos da atenção secundária e, em caráter excepcional, a microrregião compõe serviços de alta complexidade (MALACHIAS *et al.*, 2010).

Os dados foram obtidos a partir de uma coleta realizada *in loco*, com autorização do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, com sede no município, e da Secretaria Municipal de Saúde. Para isso, o método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso. O estudo de caso dispõe de ferramentas investigativas que proporcionam ao pesquisador

aprofundar em determinada realidade para conhecer um determinado fenômeno em um contexto social (YIN, 2010). O estudo de caso foi importante por determinar um profundo conhecimento da realidade do processo de judicialização no município de Leopoldina, a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos.

No universo das ações judiciais, foram identificadas 32 ações da primeira vara cível, 37 da segunda e 8 do Juizado Especial, as quais se enquadravam nos critérios relacionados aos objetivos da pesquisa: ação judicial contra o município de Leopoldina com solicitação por ações e serviços de saúde.

Após o reconhecimento no campo de pesquisa das ações judiciais existentes, na fase de coleta dos dados, foram realizadas entrevistas focadas (YIN 2010) com os usuários, com os atores do Executivo Municipal (gestor de saúde e procuradoria) e das instituições jurídicas (defensoria, promotoria e juízes), com a intenção de descrever a realidade sob o ponto de vista dos sujeitos envolvidos.

As entrevistas foram uma das fontes de evidências para o estudo de caso. Elas trataram das questões humanas, registradas e interpretadas por intermédio do entrevistador, com respondentes bem-informados e que permitiram as interpretações sobre o tema da pesquisa. Segundo Yin (2010), uma das fontes mais importantes de informação para um estudo de caso é a entrevista, sendo essas conversas guiadas e não investigações estruturadas. O tipo de entrevista adotada foi a focada, seguindo o método do autor, no qual a pessoa foi entrevistada durante curto período de tempo, seguindo determinado conjunto de questões derivadas do estudo de caso, com um roteiro semiestruturado, sendo as mesmas gravadas e transcritas para posterior análise dos dados (YIN, 2010).

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa tendo em vista estarem relacionados a uma ação judicial contra o município de Leopoldina no ano de 2012. Após o convite, foram feitas as leituras e assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, nos quais foram elucidados os direitos de participação no estudo assim

como o sigilo das informações prestadas pelo entrevistado. Diante disso, 17 sujeitos (7 usuários, 6 atores das instituições jurídicas e 4 atores do Executivo Municipal) participaram deste estudo, e o limite da coleta de dados em cada categoria de sujeitos esteve contido na amostragem por saturação (YIN, 2010).

Além disso, foram realizadas observações no campo de pesquisa registradas em um diário de campo e incluídas na análise de dados. A observação participante foi a modalidade de observação especial, na qual o pesquisador não foi apenas um observador passivo, sendo permitida sua participação em eventos relacionados ao que estava sendo estudado, interagindo com os sujeitos a partir da inserção, em momentos formais e ordinários, no município de Leopoldina e também na área técnica da gestão municipal responsável pela distribuição dos medicamentos e insumos disponibilizados pela via judicial (YIN, 2010).

Para Yin (2010), a observação participante fornece oportunidades incomuns na coleta de dados relacionados à permissão concedida para participar de eventos ou de grupos que são inacessíveis à investigação científica, com capacidade de perceber a realidade do ponto de vista de alguém de “dentro” do estudo de caso e não de um ponto de vista externo.

Para a análise dos dados da pesquisa, foi aplicada a técnica de síntese cruzada dos dados por meio da criação de uma tabela de palavras com a categorização das informações dos sujeitos da pesquisa sobre tema, com a intenção de identificar os argumentos adotados e os essenciais ao conteúdo. Após a criação da tabela de palavras, o material foi interpretado a partir da análise em uma matriz sobre o conteúdo das entrevistas (YIN, 2010). Essas informações foram encadeadas, verificando-se as singularidades das ideias em categorias temáticas (direito, assistência à saúde e ação judicial), a fim de se levantar as informações do caso estudado no município.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora por meio do parecer nº 202.754/2013, e teve como amparo ético em pesquisa a Resolução nº 466/2012.

3. Resultados e discussão

O direito à saúde é garantido aos cidadãos pela Constituição Federal de 1988, e as ações e serviços de saúde determinados pela Carta Magna são condicionados por recursos públicos, distribuídos ao setor da saúde a partir da arrecadação de impostos no âmbito da seguridade social (BRASIL, 1988). Sob o ponto de vista do direito, os usuários entendem que a saúde é um direito que está vinculado ao pagamento de impostos ou à Previdência Social quando questionados sobre o motivo da procura ao Judiciário para obter atendimento no SUS.

Em primeiro lugar eu achei que é um direito da gente, nós cidadãos, obter um remédio por que a gente paga muitos impostos. Eu acho que é mesmo obrigação do SUS oferecer o remédio. (Usuário – E11)

É constrangedor porque todos nós contribuimos para a previdência e contribuimos com o INSS então eu acho que a gente deveria ter direito. (Usuário – E14)

A Constituição permite que o indivíduo atue como sujeito ativo de direitos e não só como um sujeito passivo, alvo de políticas estatais ou receptor de serviços para atender às suas necessidades. O Estado é o responsável por cumprir obrigações legais, de modo que atenda aos interesses reais da população (VENTURA *et al.*, 2010). Os instrumentos que atribuem o direito aos cidadãos são as legislações e normas vigentes específicas do setor.

Na Constituição, a Saúde, a Previdência e a Assistência Social são pilares da Seguridade Social. A Constituição é uma referência primária para a legitimidade do direito cidadão. A partir dela são construídas no âmbito do SUS as legislações infraconstitucionais, independente da previdência social (BRASIL, 1988). A associação entre direito e impostos pagos esteve presente também nos depoimentos de conselheiros e usuários na pesquisa de Asensi e Pinheiro (2008). Esses autores identificaram que o direito está ligado à arrecadação de impostos e atribuíram a isso o direito à saúde como um direito secundário.

Além disso, a capacidade de pagamento por um determinado serviço ou bem foi condição para requerer um direito pela via judicial. “Porque tinha dificuldade pra eu fazer, eu não tinha condição para pagar e eu fui procurar os meus direitos” (Usuário – E17). Inicialmente, há a busca por solução individual do sujeito, porém as limitações individuais se desdobram na busca do direito no setor público.

Nesse ponto, a assistência à saúde relacionada à insuficiência financeira e à incapacidade de compra do atendimento ou serviço por parte do usuário é um fator citado que antecede a busca pela aquisição do bem ou serviço no setor público.

[...] os remédios que eu tomo são caros, cada caixinha é sessenta e poucos reais e uma caixinha dão para dois dias. [...] A partir do momento em que me foi receitado e que a condição financeira minha não dava, aí eu tive que apelar. (Usuário – E15)

A insuficiência financeira para a aquisição de um medicamento representa uma condição que estimula o usuário a buscar alternativas para acesso ao tratamento indicado pelo médico. Ugá e Santos (2006) identificaram que, ao todo, 34,5% dos gastos com saúde comprometem o gasto privado direto das famílias, excluindo desse cálculo o pagamento de planos de saúde.

No cenário presente, o “apelo” ao buscar o Judiciário é uma apreensão que reforça a ideia sobre direito secundário, ou seja, um direito que *a priori* está associado ao pagamento de impostos (ASENSI; PINHEIRO, 2008).

O Poder Judiciário tem fundamental importância para reverter um momento de desassistência, pois o usuário, ao ingressar com uma ação judicial, vê uma forma de garantia de direito até o momento não garantido, sendo legítima a busca por um direito fundamental (MACHADO *et al.*, 2011).

Devido à demora no atendimento e sempre a mesma resposta que não tinha leito e não tinha vaga. [...] A partir do momento em que todos os hospitais negaram ajuda, que o SUS não tinha e nem oferecia recursos para transferências. (Usuário – E14)

A secretaria ficou mais de ano para me dar o esclarecimento para eu ir. O negócio piorou ainda, fiquei mais de anos aqui pelejando. A médica daqui falava que não tinha médico para Juiz de Fora, não tinha médico, não tinha médico, não tinha médico. (Usuário – E16)

Quando eu senti dificuldade de fazer isso espontaneamente, sozinho, então eu fui e procurei no Judiciário. (Usuário – E17)

O usuário procura o Judiciário quando vivencia problemas na assistência à saúde, e é por essa via que os usuários têm encontrado soluções. O Judiciário, na ótica do usuário, tem fundamental importância para garantir o atendimento em saúde quando necessário (MENDES, 2014; DINIZ, 2013; BORGES, UGÁ, 2010). As ações judiciais geram maior visibilidade, debate e alcance de soluções na existência de vazios e dificuldades assistenciais no acesso às políticas de saúde. Contudo, essas ações podem ser utilizadas como instrumento da indústria farmacêutica para a introdução de novos medicamentos no mercado e induzir a incorporação ao SUS, por pressão das ações judiciais, sem critérios técnicos adequados (CHIEFFI; BARATA, 2010; SOARES; DEBRA, 2012; CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Além de pessoas que já recorreram ao Judiciário, outros atores que trabalham no SUS também indicaram como saída para atendimento o amparo no Judiciário: “através de internos que trabalham no próprio departamento do SUS” (Usuário – E14). O aparecimento de indivíduos que influenciaram ou indicaram sujeitos para pleitear um serviço pela via judicial demonstra a fragilidade reconhecida pelos próprios atores do SUS. Resultados semelhantes estiveram presentes no estudo de Leite e Mafra (2010).

Para o usuário, o Judiciário é um caminho para garantir o direito à assistência à saúde, mesmo que secundário, pois o mesmo obtém concretude após o ingresso da ação judicial. Entretanto, a satisfação em ser atendido associada à comunicação entre sujeitos, pode desdobrar no aumento do número de ações judiciais, por meio da consciência

adquirida ou por outros interesses escusos, de que as mesmas devem ser atendidas pelo setor público.

O direito à saúde, conforme previsto na Constituição, demonstra-se reconhecido pelos atores no âmbito municipal. A realização do direito à saúde está fortemente ligado ao financiamento de ações e serviços do setor, tanto que Marques (2008) e Machado *et al.* (2011) citam a importância do impacto no financiamento e nas ações planejadas e executadas.

Para garantir o direito dos cidadãos, é importante considerar o significado real desse direito na garantia por parte da Administração Pública.

[...] eu acho que o direito à saúde é um direito constitucional e que deve ser garantido. Não vejo, contudo, que essa garantia possa ser ilimitada, porque os recursos são limitados e nós ainda não entramos em um denominador comum para isso. Eu vejo que a gente ainda não teve esse acesso a esse denominador comum que seria meios de garantir da melhor maneira possível, o maior número possível, de procedimentos e ao mesmo tempo poder não cercear o direito à saúde. Mas poder ter certas situações que você não deixe aquela coisa como indispensável à saúde da pessoa. (Procuradoria – E11)

Eu entendo, sinceramente, que todos devem ter o direito à saúde. Mas, esse direito não pode ser exercido de forma indiscriminada como vem sendo. Aqui, se recorre à justiça para tudo até para coisas que a municipalidade se proporia a fornecer sem justiça. (Procuradoria – E9)

De fato, existem limites e possibilidades encontrados pela Administração Pública no atendimento e assistência à saúde requerida pelos usuários. Tal aspecto demonstra a importância de se discutir a integralidade da assistência em saúde que está presente na realidade vivida pelos profissionais e gestores de saúde (SANTOS, 2005).

A assistência à saúde de qualquer usuário é uma necessidade, havendo, porém, um limite na assistência à saúde pública. O limite também existe no setor privado, as necessidades são infinitas e os recursos finitos em todos os âmbitos:

Você entende que o paciente precisa, mas às vezes, você não tem condições de atender todo mundo. [...] você sofre de ver que o paciente precisa e a família está ali querendo e às vezes você não consegue. Não só medicação quanto tratamento, exames e internações. (Gestor municipal – E2)

Eu acho que, tudo bem, está na Constituição do SUS, a saúde é um direito de todos, mas infelizmente a gente não dispõe de recursos financeiros pra estar cumprindo tudo isso [...]. (Gestor municipal – E1)

A gente que está hoje instruído na administração pública sabe como é difícil essa agilidade. Mas, na verdade o contribuinte, o cidadão, ele anseia, e anseia por uma efetivação rápida do direito à saúde uma vez que ele está mexendo com o maior bem, o bem mais precioso da vida desse cidadão que é a própria vida. Em alguns casos, o limite, o liame, é ali entre a vida e a morte. (Procuradoria – E11)

O direito à vida é uma garantia constitucional que não deve ser violada (DELDUQUE; BARDAL, 2008). De fato, “o retardo no encaminhamento de um paciente com alguma gravidade aguda pode levá-lo à morte”. O usuário em estado de saúde crítico e a realidade vivenciada por profissionais de saúde, enfermeiros, em unidade de terapia intensiva, demonstram a crítica realidade na luta por acesso a um serviço de saúde (SANTOS *et al.*, 2010, p. 96).

Esse quadro de necessidades e a forma como os fatos ocorrem encorpam um campo de dificuldades para atendimento em diversas áreas e políticas atribuídas ao setor. O direito à saúde possui natureza abrangente, norteado por princípios amplos e conduzido por políticas (MARQUES, 2009).

As demandas e as necessidades diferentes estabelecem um grau de dificuldade para que as mesmas sejam atendidas (MARQUES *et al.*, 2011). O direito à saúde, apesar de reconhecido como constitucional, enfrenta limites estabelecidos pelo financiamento do setor no município. Resultados semelhantes, apresentados pelo gestor municipal, também foram encontrados na literatura (ASENSI; PINHEIRO, 2008). Os problemas do financiamento, políticas de saúde e os

serviços públicos precisam ser maturados e solucionados pelos três entes federativos, evitando-se sobrecarregar o ente municipal.

As ações de prevenção em saúde são fundamentais para evitar que algo aconteça com qualquer usuário do SUS (DELIBERATO, 2002). Neste ponto, é importante o apontamento da gestão municipal sobre a falha nas ações preventivas e de cuidado primário, falhas que podem comprometer outros níveis da assistência à saúde.

Que a maioria dos nossos mandados não são nada referente à atenção básica. São coisas que podiam ter sido resolvidas na atenção básica, mas não foram, se agravaram, e passaram pra atenção secundária, pra atenção terciária, e a gente está tendo que atender. Mas, eu não tenho tempo, eu não tenho dinheiro pra investir na atenção básica. Porque está sendo gasto com atenção secundária, com atenção terciária, de forma indiscriminada. É pra todos, mas nós vivemos num país que nós temos que prevalecer o bom senso: infelizmente não é pra todos. Então, eu tento fazer pra maioria, mas nem isso eu estou conseguindo. (Gestor municipal – E1)

A integralidade da assistência compreende um conjunto de ações e serviços de saúde, articulado e contínuo, preventivo e curativo, em cada caso, de acordo com o nível de complexidade do sistema (NORONHA *et al.*, 2009).

A preocupação com a qualidade da atenção e do cuidado para garantia do direito à saúde está relacionada ao princípio da integralidade, compreendendo que as ações em saúde se desenvolvem no espaço local (ASENSI; PINHEIRO, 2008). As ações de saúde no âmbito local são importantes principalmente quando se trata da prevenção. A falha na prevenção, por vezes, desdobra-se na necessidade de encaminhamento para outros serviços de saúde, seja para diagnóstico ou terapia, o que remete ao princípio da integralidade de atenção. A integralidade, quando não provida, desdobra-se no exercício do direito à saúde do usuário no Judiciário.

No que tange a integralidade da assistência e o provimento de ações no Poder Judiciário, existem críticas feitas por parte do gestor de

saúde quanto à forma de acesso ao tratamento no SUS. O direito universal e equânime implica o exercício do direito pleno na prática e não através de uma Justiça seletiva.

[...] também o que eu acho da situação da justiça é que é um verdadeiro fura-fila. Porque eu quero um exame e não quero esperar! E, às vezes, até no particular você espera. E eu vou na justiça pro juiz determinar que o estado, município ou união cumpra na frente dos outros que estão lá esperando. Porque, infelizmente, ainda falta humanização da população que acha que o problema deles é maior que o dos outros. [...] Aí a justiça determina que eu faça para aquele que não tinha que esperar, infelizmente. (Gestor municipal – E2)

Na verdade eu entendo que tá dando mais direito a uns do que a outros. Então, eu acho que a gente tem que brigar por uma coisa igualitária, se é igualitário então vai ser pra todo mundo. Por que só quem entrou na justiça vai ter o direito? [...] Eu acho [pausa], é o fim, eu acho que tem que ter um [pausa], um protocolo, mas tem que fazer alguma coisa, da forma como está, virou foi uma grande bagunça. E, está acabando, até inviabilizando o SUS, pra todo mundo. (Gestor municipal – E1).

O princípio da equidade deve ser considerado critério norteador das decisões judiciais, apesar de os preceitos de universalidade e integralidade confrontarem a diversidade social brasileira, na tentativa de legitimar o seu processo de atenção à saúde (ZHOURI *et al.*, 2010). Juízes já proveram atendimento pela via judicial baseados na equidade. Para eles, o objetivo era oferecer tratamento desigual para superar desigualdades, garantindo a igualdade de condições, procurando oferecer prioridade aos cidadãos com hipossuficiência financeira. O problema que o acesso ao Judiciário é desigual, então essa diferença irá gerar nova desigualdade no acesso a saúde (PETEAN *et al.*, 2012).

A equidade da assistência é proporcionada com ausência de discriminação no acesso a serviços de saúde (NORONHA *et al.*, 2009). No entanto, Gontijo (2010) ressalta que a eficiência na assistência gratuita e universal não se confunde com oferta indiscriminada de procedimento tecnológico à população.

As políticas precisam ter continuidade com o entendimento de que se deve garantir a saúde de forma integral, tanto no nível de atenção quanto de políticas, com continuidade e compromisso social. No trabalho realizado por esses autores ocorreram críticas às campanhas pontuais, classificando-as como pouco eficazes (ASENSI; PINHEIRO, 2008).

O SUS é uma política pública concebida no sistema de proteção social, numa rede de serviços que não se destina apenas aos pobres, mas a todo conjunto da sociedade (CAMPOS, 2006). Mas, a ação judicial advém da ineficiência da política pública que operacionaliza o interesse coletivo.

[...] a judicialização pra mim, hoje, da forma como ela tá [...] ela está inviabilizando as políticas de saúde que nós estamos querendo fazer com que elas deslanchem, queremos desenvolver. Porque a gente não consegue. Porque os recursos pra se fazer política de saúde, a gente precisa de qualquer forma de recurso. Não tem como fazer sem recurso. Os recursos estão sendo canalizados para os mandados judiciais, então, não têm. O se, ou o se pensou, com essa judicialização, estar garantindo o direito dele à saúde, eu acho que tinha que pensar que está tirando da maioria o direito à saúde. (Gestor municipal – E1)

[...] judicialização é, se não uma falha da política de saúde, [...] é uma consequência de uma política de saúde que não está eficiente frente à demanda da sociedade. (Procuradoria – E11)

Os recursos públicos insuficientes para atender às necessidades sociais impõem ao Estado tomar decisões e estabelecer prioridades. O argumento da reserva do possível talvez seja a denominação mais comum na tentativa de defesa do Estado (BARROSO, 2008).

O panorama apresentado sobre as ações judiciais em saúde no âmbito federal pela Advocacia Geral da União (2013) evidencia a inegável significância das ações judiciais, pois obtém interesses legítimos que não podem deixar de ser apreciados pelo Judiciário. Porém, é igualmente contestável que as mesmas provocam um gasto desordenado e impactam de modo expressivo na programação e organização do SUS.

No direito à saúde, a atuação do Poder Judiciário está voltada para a defesa do direito seja no âmbito do SUS ou no da saúde suplementar.

Então, na verdade eu acho que o Poder Judiciário ele fica apagando fogo. Onde está o problema ele vai resolver aquele problema. Aliás, a justiça é para isso. A jurisdição é isso. É dizer o direito. Dar a cada um o que é seu. Dar a cada um o direito a que lhe pertence. (Promotoria – E10)

Porque a pessoa só busca a via judicial se ela não é atendida espontaneamente, se ela não consegue ter o atendimento pelo município de imediato. [...] O cumprimento das decisões é um pouco demorado. (Juiz – E4)

Olha, o poder Judiciário o único papel que ele tem é esse. Deferir as liminares, de julgar procedentes os pedidos, das ações cominatórias, dos mandados de segurança, porque ele não interfere na área do Executivo, que é a promoção da saúde, da assistência. Então, o papel dele está sendo esse: Garantir a saúde àqueles que necessitam com urgência através das decisões judiciais. (Defensoria – E8)

O Poder Judiciário é responsável pela resolução de conflitos no direito, e somente poderá agir se alguém com o sentimento de direito lesado levar à situação de ação ou omissão de outro para que seja, assim, apreciado e resolvido tal litígio (ASENSI, 2010).

O posicionamento dos atores das instituições jurídicas demonstra que o setor recebe as manifestações judiciais e os juízes têm dado parecer favorável ao direito do usuário quando ele necessita de atendimento não contemplado pelo poder público: “O caminho para a construção do direito à saúde no Brasil está aberto, ensejando uma articulação efetiva entre os principais atores envolvidos na sua garantia”. Os autores definem o direito visto como “fato”, como “norma” ou como “valor”, estrategicamente pensando esse direito como prática (ASENSI; PINHEIRO, 2008, p. 2156).

A assistência à saúde por meio das políticas de saúde, quando não efetivadas pelo poder público, abrem as possibilidades para atuação do Judiciário. Este poder é visto como um importante membro solidário a atender às demandas não efetivadas pelo poder público.

Quanto pior a política de saúde, mais judicialização. Política de saúde tem que funcionar por si própria. O que muitos entendem: qualquer coisa que tem que ser feita vai direto bater na porta do Judiciário é uma aberração. [...] O poder Judiciário atua em última análise, como recurso. Quando nada mais funciona é que deve ser utilizado o Poder Judiciário como forma de manter a demanda, lide, uma pretensão não satisfeita. O correto, repetindo, é que cada um, cada ente federativo, cada instituição, cumpra a sua parte de modo a não chegar ao Judiciário a necessidade de atuação neste poder. (Juiz – E3)

As ações judiciais quando propostas integram a efetividade do direito à saúde, cabendo ao Poder Judiciário assegurar respeito a esse direito quando levados ao seu conhecimento (AITH, 2010).

É essencial que o Poder Judiciário garanta aos usuários o acesso ao serviço público padronizado por respectiva política pública, e também quando o mesmo se encontrar inexistente. De certa forma, é considerável que o Judiciário conheça elementos da política pública com base nas principais necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis (MARQUES; DALLARI, 2007).

As ações e decisões judiciais são consequências da necessidade de saúde, do amadurecimento da organização da sociedade, das políticas de Estado, da organização da administração pública e da atuação dos profissionais de saúde (SCHEFFER, 2009). De fato, a judicialização da saúde permeia aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários que superam o componente jurídico e de gestão (VENTURA *et al.*, 2010).

A judicialização é vista pelos atores do sistema de justiça como um processo necessário para a garantia do direito dos cidadãos.

Infelizmente é um mal necessário atualmente tendo em vista que a realidade do SUS, não só em Leopoldina, mas no estado de Minas Gerais, em âmbito nacional, não está tendo condições de atender à demanda da população. (Defensoria – E7)

A judicialização do SUS é uma coisa inevitável tendo em vista que não está sendo possível para os entes públicos atuar de imediato. Assim, as

pessoas acabam ingressando na justiça porque é a única, é a última opção que ela encontra. (Juiz – E4)

A Constituição, em seu Art. 5º, inciso XXXV, estabelece expressamente que “lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988, [s.p.]). A judicialização é uma alternativa para que usuários tenham acesso a ações e serviços públicos de saúde (MARQUES *et al.*, 2011). A tutela pela via judicial ocorre quando há envolvimento de conflitos relacionados ao direito social à saúde, e a judicialização acontece a partir do direito para controlar a política pública (DELDUQUE *et al.*, 2009).

4. Considerações finais

O município representa o ente federado capaz de articular as políticas públicas e garantir o direito à saúde, tendo em vista sua proximidade com a realidade dos usuários. Contudo, pelo pacto federativo, não é local de concentração dos recursos da saúde, o que dificulta a efetivação das políticas públicas. No caso de Leopoldina, como em muitos municípios brasileiros, o direito à saúde não consegue ser contemplado em todas as necessidades assistenciais dos usuários que buscam diariamente o SUS, os quais, consequentemente, obtêm acesso pela via judicial.

A judicialização da saúde, sob o ponto de vista dos usuários, ocorre pela deficiência política na prestação da assistência à saúde. Em caráter alternativo, o acesso à assistência por meio do sistema jurídico tem se tornado uma alternativa importante diante da sua necessidade. Para os atores do Executivo, a judicialização se torna um dificultador potencial para a execução da política pública, promovendo a desorganização do sistema.

Para os atores das instituições jurídicas, a ação judicial é caminho alternativo para o usuário obter acesso ao SUS de forma compensatória e fundamentada no direito à saúde, tendo em vista que a assistência à saúde no município encontra-se limitada no financiamento e na execução da política pública.

A realidade deve ponderar as necessidades dos usuários diante do financiamento e do direito à saúde. De fato, o Estado, os profissionais de saúde e as entidades que representam os usuários precisam ter critérios terapêuticos transparentes baseados em consensos e em custos que a sociedade pode suportar.

Assim, há evidente dificuldade na execução da política pública cujo objetivo é atender ao direito à saúde, sendo esta relacionada ao acesso e ao financiamento do setor. Cabe aos atores do Executivo buscar alternativas que contemplem a redução da judicialização da saúde no município, e isto se articula com os saberes e as práticas para promoção da equidade no SUS, a fim de garantir o direito à saúde, que devem abordar as dificuldades do financiamento e uma articulação interfederativa contundente com as disparidades regionais e as particularidades do ente municipal. As alternativas à judicialização passam também por acompanhamento criterioso e pelo estabelecimento de um diálogo com os promotores de ações judiciais, como alguns escritórios de advocacia, a indústria farmacêutica e os médicos prescritores.

Contribuições dos autores: Renan Guimarães de Oliveira responsabilizou-se pela concepção, projeto, análise e interpretação dos dados, bem como pela redação do artigo; Auta Iselina Stephan de Souza responsabilizou-se pela aprovação final da versão a ser publicada.

5. Referências

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. **Intervenção judicial na saúde pública.** Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das justiças estaduais. 2013.

AITH, Fernando. A saúde como direito de todos e dever do estado: o papel dos poderes executivo, legislativo e judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. In: AITH, Fernando *et al* (Org.). **Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p.73-105.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. A prática do direito e o direito na prática: reflexões sobre a saúde. In: ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA O CONPEDI, 17., 2008, Salvador. **Anais...**, Salvador, 2008.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010.

BARBOSA, J. **Presidente do STF abre seminário sobre direito à saúde**. Supremo Tribunal Federal, jun. 2013.

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. Rio de Janeiro: [s.n.], jan. 2008. Trabalho desenvolvido por solicitação da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGA, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.59-69, jan. 2010 .

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, ago. 2006.

CAMPOS NETO, O. H. *et al.*, Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p.1839-1849, ago. 2009.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.421-429, jun. 2010.

DELDUQUE, M. C.; BARDAL, P. A. P. Advocacia em saúde: prática cidadã para a garantia do direito à saúde – o caso do Projeto de Lei Complementar nº 01/2003. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008.

DELDUQUE, M. C.; MARQUES, S. B.; ROMERO, L. C. A saúde precisa de juízes epidemiologistas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p.80-87, jan./abr. 2009.

DELIBERATO, Paulo C. P. **Fisioterapia preventiva**: fundamentos e aplicações. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002.

DINIZ, Maria Gabriela Araújo. Direito Social em favor dos pobres: perspectivas da adoção de meios alternativos de solução de controvérsias nos conflitos de direito à saúde. Anais dos III Congresso Ibero-americano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013.

GONTIJO, G. D. A judicialização do direito à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 4, 2010.

LEITE, S. N.; MAFRA, A. C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.

MACHADO, M. A. A. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

- MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 9, n. 2, out. 2008.
- MARQUES, S. B. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o Projeto de Lei nº 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 10, n. 2, out. 2009.
- MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. A garantia do direito à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.101-107, 2007.
- MARQUES, O. R. A.; MELO, M. B.; SANTOS, A. P. S. Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2011.
- MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. A garantia do direito à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.101-107, 2007.
- MENDES, Jéssica Galvão. Análise de ações judiciais que envolvem pedidos de medicamentos não padronizados no sistema único de saúde: o caso do Distrito Federal. **Monografia** – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, 2014.
- NORONHA, J. C.; LIMA, D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde: SUS**. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.435-472.
- PETEAN, E. *et al.* Direito à saúde: demanda por suplementos no Tribunal de Justiça. **RevEletrEnf.**, v. 14, n. 1, p.68-76, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a08.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017.
- SANTOS, Lenir. **Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde**. 2005.
- SANTOS, A. C.; VARGAS, M. A. O.; SCHNEIDER, N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 94-97, 2010.
- SCHEFFER, M. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da AIDS no Sistema Único de Saúde. In: KEINERT, T. M. M.; PAULA, S. H.; BONFIM, J. R. A. (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.
- SOARES, J.C.R.S, DEPRA, A.S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis**, 2012.
- UGA, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006.
- VENTURA, M. M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.77-100, 2010.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Ana Thorell; revisão técnica de Cláudio Damacena. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- ZHOURI, F. P. *et al.* Direito à saúde e o perfil das decisões judiciais mineiras. In: AITH, F. *et al.* (Org.). **Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. Cap. XII, p. 291-321.

Perfil dos idosos hipertensos de Minas Gerais: um estudo baseado na Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais

Profile of Hypertensive Elderly in Minas Gerais:
a study based on Household Sample of Minas Gerais

Mirela Castro Santos Camargos¹
Maiara Braga Camilo²
Wanderson Costa Bomfim³

¹ Professora adjunta na
Universidade Federal de
Minas Gerais
mirelacsc@gmail.com

² Acadêmica da
Universidade Federal de
Minas Gerais

³ Mestrando da
Universidade Federal de
Minas Gerais

RESUMO: A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, acompanhada de elevado risco de morbidade e mortalidade, que constitui grave problema de saúde pública. O objetivo do estudo foi traçar o perfil da população idosa hipertensa de Minas Gerais, considerando características sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida. Para tal, foram utilizados dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG) de 2011. A prevalência de hipertensão entre os idosos mineiros era de 58,26% (IC_{95%}: 58,20-58,32). A maioria era do sexo feminino (60,8%), tinha entre 60 e 69 anos (51,2%), com 1 a 4 anos de estudo (53,5%), não possuía plano de saúde (73,7%), não praticava atividades físicas (84%) e apresentava pelo menos uma doença crônica associada (68,3%). O conhecimento das características da população hipertensa é fundamental no desenvolvimento de ações específicas para esse público. Nesse caso, a prática de atividade física e alimentação saudável devem ser consideradas. **Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Saúde do Idoso. Minas Gerais. Envelhecimento Populacional.

ABSTRACT: Faced with the high prevalence of hypertension in the elderly, the objective was to trace the profile of the hypertensive elderly population of the State of Minas Gerais, Brazil, in 2011, considering some socio-demographic characteristics, health conditions and lifestyle. To this end, the research data were used by Household Sample of Minas Gerais (PAD-MG) 2011. Prevalence of hypertension in elderly was 58,26% (95%CI: 58,20-58,32). Most were female (60,8%), 60-69 years old (51,2%), with 1 to 4 years of education (53,5%), did not have health insurance (73,7%), did not practice physical activity (84%) and had at least an associated chronic disease (68,3%). The knowledge of the hypertensive population characteristics is critical in the development of specific actions for this public. In this case, the practice of physical activity and healthy eating should be considered.

Keywords: Hypertension. Elderly Health. Minas Gerais. Population Aging.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno social multifacetado que demanda enfrentamento interdisciplinar. O número crescente de idosos deve-se a alguns fatores determinantes, como a diminuição das taxas de fecundidade, a redução da mortalidade geral, sobretudo a infantil e aumento da taxa de sobrevivência, a melhora nas condições de saneamento, infraestrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia (VASCONCELOS; GOMES, 2012). O aumento do número de idosos vem ocorrendo de forma muito rápida e progressiva, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil (CERVATO *et al.*, 2005). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil será a sexta população mundial com o maior número de idosos, em 2025, atingindo 35 milhões, em números absolutos (DAWALIBI *et al.*, 2014).

Com o aumento da expectativa de vida, inúmeros agravos à saúde poderão surgir em decorrência das várias alterações fisiológicas e funcionais, o que favorecerá o desenvolvimento de doenças. Os idosos tendem a apresentar um maior número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas, a doença cerebrovascular e o câncer (CAMPOLINA *et al.*, 2013), frutos do processo de envelhecimento fisiológico e de mudanças sociais e econômicas que alteraram o estilo de vida da população. Essas alterações favoreceram a evolução de fatores de risco, que são responsáveis diretamente pelo aumento das DCNT (DUARTE; BARRETO, 2012).

Entre as principais doenças crônicas, destaca-se a hipertensão arterial, uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É uma doença de alta prevalência, de elevado risco de morbidade e mortalidade, que constitui um grave problema de saúde pública. Indivíduos portadores da doença têm uma dificuldade de identificá-la, pelo fato de ser assintomática (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg definem a linha demarcatória da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Entre os idosos com mais de 80 anos, uma PA sistólica entre 140 e 150 mmHg é considerada aceitável, sendo mantido o mesmo valor para PA diastólica (menor que 90mmHg) (WEBER *et al.*, 2014).

A hipertensão arterial associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Com isso, além de essa patologia ser uma das principais doenças crônicas, ela é o principal fator de risco para doenças graves, como doenças coronarianas, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca, que atualmente são as principais causas de óbito na população (GIROTTI *et al.*, 2013).

Na maioria das pessoas, a hipertensão arterial é hereditária, mas alguns fatores podem desencadear um aumento da pressão arterial, como a obesidade, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, o aumento do nível de colesterol, a falta de atividade física e o consumo excessivo de sal (CASTRO *et al.*, 2015). Esses e demais fatores socioeconômicos são preponderantes nas prevalências da hipertensão arterial e o conhecimento sobre eles é fundamental para um controle mais efetivo dessa doença (MARTIN *et al.*, 2014).

Devido à alta prevalência da hipertensão arterial, várias medidas de promoção da saúde e de prevenção a essa doença estão sendo implementadas no Brasil e em outros países. São medidas com metas distintas, como redução de teor de sódio dos alimentos e incentivo a prática de atividades físicas, mas que visam a um mesmo objetivo: a redução dos índices de hipertensão arterial (ANDRADE *et al.*, 2015). Para o desenvolvimento efetivo das medidas de controle dessa enfermidade, é fundamental o monitoramento da hipertensão arterial e desenvolvimento de estudos que possam conhecer a população exposta à doença.

Diante da prevalência elevada da hipertensão arterial na população idosa e as já conhecidas consequências dessa patologia, o objetivo deste trabalho foi traçar o perfil da população idosa hipertensa de Minas Gerais no ano de 2011.

2. Metodologia

Foram utilizados dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG) do ano de 2011. Baseada em uma amostra de 18 mil domicílios distribuídos nas 10 regiões de planejamento do estado e na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a PAD-MG coleta, a cada 2 anos, informações sobre saúde, educação, trabalho, renda e benefícios, entre outros temas, além das características das residências e dos indivíduos. Os dados servem de base para a construção de um desenho da realidade social, econômica e cultural da população mineira, orientando o direcionamento de esforços e recursos específicos para as diferentes regiões do estado (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2014).

Para compor a amostra deste estudo, foram selecionados os idosos hipertensos, ou seja, aqueles que responderam afirmativamente à pergunta “algum médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem hipertensão (pressão alta)?”. Para traçar o perfil dos idosos hipertensos foram realizadas análises descritivas das características sociodemográficas, condições de saúde, utilização de serviços de saúde e hábitos de vida.

Em relação às características sociodemográficas dos idosos hipertensos, foram realizadas análises descritivas das seguintes variáveis: sexo; idade (60 a 69, 70 a 79, 80 anos e mais); estado civil (solteiro, casado, separado/divorciado e viúvo); anos de estudo (0, 1-4, 5 anos e mais).

No que diz respeito às características de saúde dos idosos, foram realizadas análises descritivas das seguintes variáveis: número de outras doenças crônicas investigadas; presença de outras doenças crônicas; autopercepção de saúde; internação nos últimos 12 meses; tempo de última aferição da pressão arterial.

No que tange as características de utilização de serviços de saúde, foram realizadas análises das seguintes variáveis: procurou ou precisou de atendimento médico nos últimos 30 dias; possui plano ou seguro de saúde; ter gastos com medicamentos de uso contínuo nos últimos 30 dias (sim ou não) e gasto médio com medicamentos de uso contínuo.

Já no que se refere aos hábitos de vida dos idosos hipertensos de Minas Gerais, foram avaliadas as seguintes variáveis: prática de atividade física; tabagismo; consumo de frutas, verduras e legumes; se recebeu orientação nutricional; consumo de carne vermelha, de frango e de leite; frequência do consumo de leite por semana. As informações de caracterização dos idosos hipertensos, tanto as características sociodemográficas como as características de saúde, utilização de serviços de saúde e hábitos de vida foram obtidas por meio de frequências relativas e os resultados foram apresentados em tabelas. Os dados foram analisados por meio do *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 19.

3. Resultados e discussão

Segundo os dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais, em 2011, a população idosa em Minas Gerais era composta por 2.302.341 pessoas. A hipertensão arterial foi a doença mais prevalente observada naquele ano. A proporção de hipertensos representava 58,26% (IC_{95%}: 58,20-58,32) da população idosa, e em números absolutos era de 1.341.321 pessoas.

A proporção de idosos hipertensos do sexo feminino (60,8%) foi maior do que a do sexo masculino (39,2%), conforme a TAB. 1. Essa maior proporção de mulheres entre os hipertensos também foi apontada por estudos anteriores (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009; FREITAS *et al.*, 2012). Segundo Freitas *et al.* (2012), a predominância do sexo feminino nos estudos de hipertensão arterial pode sugerir uma maior preocupação das mulheres com sua própria saúde ou ainda uma maior acessibilidade destas aos serviços de saúde. Romero *et al.* (2010) mencionam que, do ponto de vista cultural, as

Tabela 1: Características sociodemográficas dos idosos hipertensos de Minas Gerais, 2011

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	525.274	39,2
Feminino	816.047	60,8
Grupo Etário		
60 a 69 anos	686.375	51,2
70 a 79 anos	451.275	33,6
80 anos e mais	203.671	15,2
Estado Civil		
Solteiro	122.841	9,2
Casado	658.603	49,1
Separado/Divorciado	87.457	6,5
Viúvo	469.553	35,0
Anos de estudos		
0	385.462	29,1
1 a 4 anos	710.229	53,5
5 anos e mais	230.710	17,4

Fonte dos dados básicos: PAD-MG, 2011.

mulheres têm mais percepção das doenças, apresentam uma tendência maior para o autocuidado, em comparação aos homens.

Conforme a TAB. 1, os dados revelam que os idosos com a faixa etária entre 60 e 69 anos representavam 51,2% dos hipertensos. Um estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 descreveu que a prevalência de hipertensos na faixa etária entre 60 e 64 anos foi de 44,4%. Essa prevalência aumenta com a idade. Em idosos com 65-74 e 75 e mais anos, as prevalências foram 52,7% e 55,0%, respectivamente (ANDRADE *et al.*, 2015).

Quanto ao estado civil dos idosos hipertensos, de acordo com a pesquisa, 49,1% eram casados, 35% viúvos, 9,2% solteiros e 6,5% eram desquitados/divorciados. Analisando os dados obtidos, em relação à escolaridade, foi observado que 29,1% eram analfabetos e 53,5% possuíam de 1 a 4 anos de educação formal.

Assim, cerca de 80% dos idosos hipertensos têm até 4 anos de estudo, mostrando que a maioria teve dificuldades de acesso à educação no passado. Mártires *et al.* (2013)

sugerem que a idade avançada e baixa escolaridade são fatores que influenciam negativamente a hipertensão arterial em idosos. Os profissionais de saúde devem identificar se as possíveis dificuldades relacionadas ao tratamento da hipertensão guardam relação com a compreensão e aprendizagem sobre as orientações recebidas (MAFRA *et al.*, 2011).

Como se verá na TAB. 2, alguns idosos hipertensos apresentavam doenças crônicas associadas. Cerca de 30% tinham pelo menos uma doença crônica e 38,2%, além da hipertensão, tinham pelo menos outras duas. Observa-se ainda que as doenças crônicas mais presentes entre os idosos hipertensos são: doença da coluna ou costas (34,6%), doenças cardíacas (27,9%), diabetes (24,5%) e artrite ou reumatismo (22,3%). Indivíduos hipertensos apresentam comorbidades em boa parte dos casos, principalmente doenças crônicas relacionadas ao coração, além de outras como diabetes, doenças renais e reumáticas. Tais comorbidades são bastante influenciadas pela não adesão efetiva ao tratamento da hipertensão arterial (TAVARES *et al.*, 2016).

A associação entre a hipertensão arterial e o diabetes merece ser destacada, pois pode ocorrer em 50% dos casos. Ambas as doenças possuem um elevado potencial de dano e são

apontadas como um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que, por sua vez, são a principal causa de óbito no país (SILVA *et al.*, 2011).

Tabela 2: Características de saúde e utilização de serviços dos idosos hipertensos de Minas Gerais, 2011

Variáveis	n	%
Número de outras doenças crônicas investigadas		
0	424.797	31,7
1	404.404	30,1
2 ou mais	512.120	38,2
Presença de outras doenças crônicas		
Doenças cardíacas	373.914	27,9
Diabetes	328.631	24,5
Tuberculose	7.319	0,5
Depressão	163.397	12,2
Insuficiência renal crônica	76.339	5,7
Bronquite ou asma	88.203	6,6
Câncer	29.839	2,2
Doença de coluna ou costas	463.689	34,6
Artrite ou reumatismo	298.794	22,3
Autopercepção de Saúde		
Muito bom/Bom	511.332	38,1
Regular	665.042	49,6
Ruim/Muito ruim	164.821	12,3
Internação nos últimos 12 meses		
Não	1.166.170	86,9
Sim	175.151	13,1
Tempo de última aferição da pressão arterial		
Menos de 1 ano	1.287.979	96,0
Mais de 1 ano	39.768	3,0
Nunca	5.923	0,4
Procurou ou precisou de atendimento médico nos últimos 30 dias		
Sim, precisou e procurou	396.744	29,6
Sim, precisou, mas não procurou	90.874	6,8
Não	853.544	63,6
Teve gasto com medicamentos de uso contínuo nos últimos 30 dias		
Não	729.393	54,4
Sim	611.928	45,6
Possui plano ou seguro de saúde		
Sim	353.215	26,3
Não	988.106	73,7

Fonte dos dados básicos: PAD-MG, 2011.

No que diz respeito à autopercepção de saúde, 38,1% dos idosos hipertensos avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. Esse indicador é amplamente utilizado para caracterizar as condições de saúde dos indivíduos, apesar de essa caracterização ser complexa e influenciada por outros fatores (ALVES; RODRIGUES, 2005). Rabelo *et al.* (2010) mencionam que os idosos com hipertensão arterial avaliam mais negativamente sua saúde, se comparados àqueles que não são hipertensos, afinal, a presença de uma doença crônica tem o potencial de diminuir a satisfação com a própria saúde.

Ainda segundo a TAB. 2, entre os idosos hipertensos entrevistados, apenas 13,1% relataram que foram internados nos últimos 12 meses. Em muitos casos, as internações decorrentes da hipertensão arterial são consideradas como evitáveis, mostrando a necessidade da adesão mais efetiva ao tratamento (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008). Estudos mostram que o fator idade interfere no número de internações e indivíduos idosos internam mais em decorrência da hipertensão, quando comparados às faixas etárias mais jovens (BARRETO; MARCON, 2013; SANTOS; VASCONCELOS, 2013).

A quase totalidade dos hipertensos (96,0%) realizou a última aferição da pressão arterial há menos de 1 ano. A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação de saúde, por médicos das diferentes especialidades e demais profissionais da área de saúde, todos devidamente treinados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em relação à procura por serviços de saúde, apenas 29,6% relataram que precisaram de atendimento médico ou de saúde e procuraram pelo serviço. A maioria dos idosos hipertensos (63,6%) relatou que não precisou e nem procurou por serviços de saúde. Em 2011, de acordo com a TAB. 2, a maioria dos idosos hipertensos (73,7%) em Minas Gerais não possuía cobertura ou plano de saúde.

Dos idosos hipertensos que faziam uso contínuo de medicamentos (sejam ou não hipertensivos), 45,6% gastaram cerca de R\$

65,68 reais (12% do salário mínimo de 2011). A renda é um fator preponderante na adesão ao tratamento farmacológico, contudo não é o único, pois a adesão é influenciada por multifatores tais como gênero, ao próprio paciente, ao serviço de saúde, ao profissional de saúde, aos problemas sociais (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015). O acesso aos medicamentos também é um fator importante na adesão do paciente ao tratamento. Com isso, a implementação do Sistema Único de Saúde e as suas ações são fundamentais na garantia de acesso gratuito às medicações, apesar das limitações na disponibilização (FERREIRA; BARRETO, GIATTI, 2014).

Segundo Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), Teixeira *et al.* (2006) e Mártires *et al.* (2013), a atividade e o exercício físico regular e moderado são igualmente essenciais para o tratamento da hipertensão arterial e da obesidade, e são fundamentais na vida diária. Apesar da prática de exercícios físicos sabidamente oferecer inúmeros benefícios, apenas 12,3% da população estudada praticava atividade física (TAB. 3), resultado próximo ao encontrado por Freitas *et al.* (2012) para idosos hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (14,3%).

A maioria dos idosos hipertensos de Minas Gerais nunca fumou (73,3%), os que disseram ser ex-fumantes eram 17,3%. Cabe lembrar que o cigarro provoca aumento da pressão arterial por meio da nicotina. Nos fumantes regulares, o tabagismo causa aumento da pressão sanguínea que, geralmente, eleva-se entre 6 e 16%. Em certos fumantes, ao final de um dia, tendo fumado 20 cigarros, a pressão diastólica eleva-se em 17% e a frequência cardíaca em 34% (FREITAS *et al.*, 2012). Para hipertensos, é aconselhável redução do consumo de cigarros, pois essa atitude contribui para a redução do número de mortes por doenças cardiovasculares (MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Em Minas Gerais, 71,6% dos idosos hipertensos declararam que consomem frutas, verduras e legumes pelo menos 5 vezes por semana. O consumo desses alimentos é considerado uma das principais formas de

Tabela 3: Hábitos de vida dos idosos hipertensos de Minas Gerais, 2011

Variáveis	n	%
Prática de atividade física		
Prática de forma suficiente	164.554	12,3
Prática de forma insuficiente	50.467	3,8
Não pratica	1.126.300	84,0
Tabagismo		
Fumante	124.089	9,3
Ex-fumante	231.941	17,3
Nunca fumou	983.021	73,3
Consumo de frutas verduras e legumes		
< 1 dia por semana	28.776	2,2
1 a 4 dias por semana	22.685	26,2
5 dias por semana ou mais	959.153	71,6
Recebeu orientação nutricional		
Sim	359.381	26,8
Não	974.277	72,6
Consumo de carne vermelha		
Não consome	99.528	7,4
Consome retirando gordura a gordura	333.042	24,9
Consome com gordura	905.498	67,7
Consumo de frango		
Não consome	66.268	4,7
Consome retirando a gordura	409.630	29,1
Consome com gordura	931.691	66,2
Consumo de leite		
Não consome	205.870	15,4
Consome retirando a gordura	260.402	19,5
Consome com gordura	872.168	65,2
Consumo de leite por semana		
< 1 dia por semana	46.781	3,5
1 a 4 dias por semana	46.043	22,8
5 dias por semana ou mais	779.406	58,1

Fonte dos dados básicos: PAD-MG, 2011.

tratamento não farmacológico, bem como uma importante ação preventiva (MAGALHÃES *et al.*, 2010). O estudo mostrou que a maioria dos idosos consumia carne vermelha sem retirar a parte gordurosa (67,7%), hábito que se repete em 66,2% dos idosos hipertensos quando se trata da carne de frango. Para Teixeira (2006), a ingestão de gorduras

em indivíduos portadores de hipertensão arterial deve ser reduzida, pois há aumento das complicações, como doenças coronárias e obesidade.

O consumo de leite entre os entrevistados representava 84,7%. Os que consumiam com frequência acima de 5 dias por semana representavam 58,1%, sendo que a maioria dos

idosos (65,2%) consumia leite com gordura. Para indivíduos portadores de hipertensão arterial não é indicado o consumo de leite integral, devido ao seu teor de gordura (MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Ainda segundo a TAB. 3, 26,8% dos idosos que eram hipertensos receberam orientação nutricional. Hábitos nutricionais saudáveis ajudam no controle da hipertensão arterial. A orientação nutricional por parte dos profissionais de saúde é fundamental para a prevenção e a promoção da saúde dos indivíduos enfermos, visto que a alimentação adequada e a prática de atividade física são tão importantes quanto o tratamento farmacológico (BORBA; MUNIZ, 2011).

As informações apresentadas indicam que os idosos hipertensos ainda precisam investir mais em termos de alimentação saudável, dado que o consumo de gordura é elevado. Isso poderia ser atingido, por exemplo, se essa população recebesse orientação nutricional adequada. Porém, apenas 1 em cada 4 hipertensos recebeu orientação nutricional, o que pode ser considerado baixo.

Devido a sua alta prevalência e morbidade, torna-se necessário um foco maior na prevenção da hipertensão arterial a fim de evitar seu desenvolvimento ou a evolução da doença para quadros mais graves. Para que tanto a prevenção quanto a promoção da saúde sejam realizadas de forma eficaz,

é fundamental o conhecimento da doença e dos fatores de risco que possam colaborar com seu desenvolvimento ou com o de comorbidades (MACHADO *et al.*, 2012).

Os resultados do estudo mostraram que, entre os idosos hipertensos, há uma maior proporção de mulheres e de pessoas na faixa de 60 a 69 anos. Merece destaque a baixa escolaridade dessa população, uma vez que apenas 17,4% possuem 5 anos e mais de estudos (TAB. 1). Quanto à prática de atividade física, apesar de sua inegável importância, observa-se que a quantidade de praticantes está aquém do desejado. Destaca-se ainda que, 68% dos idosos hipertensos de Minas Gerais declararam a presença de pelo menos outra doença crônica (TAB. 2). Para contribuir para a redução dos agravos e mortalidade relacionados à hipertensão arterial na população idosa, é fundamental que programas voltados para o idoso hipertenso recebam mais atenção e investimentos e respeitem suas características e respondam a demandas específicas desse público, como práticas de atividade física, alimentação saudável e adesão ao tratamento medicamentoso, quando necessário.

Contribuições dos autores: Os três autores contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão e normatização, elaboração do artigo e aprovação da versão final.

5. Referências

- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p.333-341, 2005.
- ANDRADE, S. S. A *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p.297-304, 2015.
- BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 4, p.313-317, 2013.
- BORBA, T. B.; MUNIZ, R. M. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p.69-76, 2011.
- CAMPOLINA, A. G *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1217-1229, 2013.

CASTRO, Y. P. P. *et al.* Fatores de risco para hipertensão arterial em acadêmicos de enfermagem de uma universidade. **R. Interd**, Piauí, v. 8, n. 3, p.128-134, 2015.

CERVATO, A. M. *et al.* Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p.41-52, 2005.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 8, p.3505-3512, 2014.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do país. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p.1699-1707, 2008.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n. 4, p.529-532, 2012.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.815-826, 2014.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.75-84, 2015.

FREITAS, L. C. *et al.* Perfil dos idosos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua – PA. **Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p.13-19, 2012.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Boletim PAD-MG/2014**. Indicadores Básicos/Documento metodológico. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, ano 3, n. 7. dez. 2014.

GIROTTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1763-72, 2013.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.735-43, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2467-2478, 2007.

MACHADO, M. C *et al.* Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p.1365-1374, 2012.

MAFRA, S. C. T. *et al.* O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010. In: ENCONTRO MINEIRO DE ESTUDOS EM ERGONOMIA, 3., 2013, Viçosa. **Anais...** Viçosa, 2013. p. 1-10.

MAGALHÃES, M. E. C. *et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.93-7, 2010.

MARTIRES, M.A.R.; COSTA, M.A.M.; SANTOS, C.S.V. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v.22, n.3, p.797-803,2013.

MARTIN, R. S. S. *et al.* Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. **JBM**, v. 102, n. 2, p.34-37, 2014.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.383-387, 2009.

- OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.* Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p.241-249, 2008.
- RABELO, D. F. *et al.* Qualidade de vida, condições e auto-percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.115-130, 2010.
- ROMERO, A. D *et al.* Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p.72-78, 2010.
- SANTOS, S. S.; VASCONCELOS, D. F. S. A. Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, Salvador, v. 12, número especial, p.465-471, 2013.
- SILVA, D. B *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em Centro De Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p.16-23, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras Cardiol.**, v. 95, supl.1, p.1-51, 2010.
- TAVARES, D. M. S *et al.* Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p.134-41, 2016.
- TEIXEIRA, E. R *et al.* O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.378-384, 2006.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21 n. 4, 2012.
- VICTOR, J. F. et al . Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.49-54, 2009.
- WEBER, M. A.; SCHIFFRIN et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **Journal of Clinical Hypertension**, Nova York, v. 32, n. 1, p.3-15, 2014.

Controvérsias entre a teoria e a prática: o Agente Comunitário de Saúde em busca de uma identidade

The Working Process and the Meaning of Being Community Health Worker: controversies between Theory and Practice

Kelly Alves Magalhães¹

Karla Cristina Giacomini²

Janaína de Souza Aredes³

Josélia Oliveira Araújo Firmo⁴

¹ Instituto René Rachou
- FIOCRUZ Minas,
Fundação Oswaldo Cruz
kalvesmagalhaes
@gmail.com

² Secretaria Municipal de
Saúde da Prefeitura de
Belo Horizonte

³ Instituto René Rachou
- FIOCRUZ Minas,
Fundação Oswaldo Cruz

⁴ Instituto René Rachou
- FIOCRUZ Minas,
Fundação Oswaldo Cruz

RESUMO: Este estudo, de abordagem qualitativa, objetivou compreender como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) percebem sua atuação e constroem sua identidade. Foram entrevistadas 24 agentes do município de Bambuí/MG, utilizando-se roteiro semiestruturado. O modelo Signos, Significados e Ações guiou a coleta e análise dos dados. Perpassaram as entrevistas: questões de gênero, de construção da identidade e a valorização do saber biomédico. Emergiram da análise três categorias: “O caminho até o PSF” (experiência prévia sobre o trabalho; pré-requisitos, motivação e inserção no cargo); “Aprendendo a ser ACS: controvérsias entre a teoria e a prática” (capacitação; atribuições; relações com equipe e população), e “Em busca de uma identidade” com reflexos no cuidado à população. Para as entrevistadas, seu processo de trabalho expõe a atuação de um profissional polivalente e sem posição definida na equipe. A construção de sua identidade oscila entre uma dimensão mais técnico-biomédica e outra mais relacional, voltada à escuta; já a dimensão política está ausente.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde da Família. Atenção Básica à Saúde. Processo de Trabalho. Identidade Profissional.

ABSTRACT : This qualitative study aimed to understand how the Community Health Agents (CHA) perceive their work process and construct their identity. Interviews were conducted with 24 CHAs in the city of Bambuí, Minas Gerais, Brazil. The model Signs, Meanings and Actions guided the collection and analysis of data. Permeated the interviews: gender, the construction of identity and the appreciation of biomedical knowledge issues. Three categories emerged from the analysis: “the way to be CHA” (experience and previous knowledge about the work, prerequisites, motivation and insertion in office), “learning to be CHA” (capacitation, assignments, relations with team and population) and “searching for an identity”. For the agents, their work process exposes the actions of a multipurpose professional that has no defined position in the health team. The construction of a CHA identity oscillate from a technical and biomedical dimension as well as a more relational dimension, focused in listening; while the political dimension is absent.

Keywords: Community Health Agent. Family Health. Primary Health Care. Working Process. Professional identity.

1. Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil ampliou rapidamente o acesso de sua população à saúde. Ainda na década de 1990, um programa de saúde materno-infantil estruturado com Agentes Comunitários da Saúde (ACS) (membros leigos da comunidade, remunerados, que participavam das equipes de cuidados de saúde) inspirou o Programa de Saúde da Família (PSF). Posteriormente, o PSF evoluiu para Estratégia Saúde da Família (ESF) – uma abordagem robusta de cuidado primário ofertada por equipes multidisciplinares (MACINKO; HARRIS, 2015). Cada equipe da ESF é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e por 4 a 6 ACS que trabalham em tempo integral (BRASIL, 2011) e atuam junto a populações territorialmente definidas, porém com enorme variabilidade de contextos socioculturais. Atualmente, a ESF atinge 66,67% da população brasileira e se estrutura com base nos 332.289 mil ACS, que já representam a maior categoria profissional do SUS (BRASIL, 2016).

Desde a sua inserção no SUS, o perfil desses trabalhadores tem se modificado. Originalmente, o agente deveria ser mediador e possuir habilidades relacionais, pedagógicas, de liderança e mobilização comunitária (BACHILLI *et al.*, 2008; MOTA; DAVID, 2010). Com a regulamentação da profissão, passaram a ser exigidos: ensino fundamental completo, curso introdutório de formação inicial e continuada e residência na comunidade de atuação (BRASIL, 2006b).

Além disso, a lei prevê processo seletivo público de ACS (BRASIL, 2006a,b) para permitir a integração de pessoas com maior escolaridade e capacidade de incorporação e aplicação de novos saberes (GALAVOTE *et al.*, 2011), inclusive ações de promoção e prevenção em saúde com resultados mensuráveis por indicadores tradicionais de avaliação. Espera-se ainda que, apoiado nos referenciais da educação popular, o ACS seja um “agente de mudança” e mobilizador da comunidade na construção de uma visão crítica sobre a relação saúde-doença e sua articulação com as desigualdades sociais (FONSECA *et al.*,

2013). Contudo, em muitos municípios brasileiros a contratação continua ocorrendo de forma precarizada e diversa da prevista em lei (QUEIRÓZ; LIMA, 2012).

Diante de expectativas tão complexas e diversas dos formuladores da política de Saúde, interessa-nos compreender, em uma perspectivaêmica, como os ACS percebem sua atuação e constroem sua identidade profissional.

2. Metodologia

Este estudo foi conduzido na sede do município de Bambuí, localizado a oeste de Minas Gerais, Brasil. Embora de tradição agropecuária, a cidade tem 23.850 mil habitantes, 85% deles urbanos (IBGE, 2016). A ESF estava implantada nas 6 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 1 equipe em cada UBS e 6 a 7 ACS por equipe. Os critérios de inclusão dos ACS no estudo consideraram o território (todas as 6 UBS) e a experiência profissional como ACS no município. O número de entrevistas foi regulado pelo critério de saturação, o qual se refere ao momento em que o pesquisador não mais consegue obter informações significativas sobre o fenômeno estudado e que acrescentariam novos elementos para reflexão teórica (FONTANELLA, 2011).

Foram realizadas entrevistas individuais nas UBS, guiadas por roteiro semiestruturado, cuja temática central foi “ser ACS”, considerando dois momentos: antes e após ocuparem o cargo. As entrevistas foram gravadas e transcritas. No presente trabalho, o modelo Signos, Significados e Ações (CORIN *et al.*, 1992), fundamentado na corrente interpretativa da antropologia (GEERTZ, 2008), guiou a coleta e análise dos dados. Esse modelo possibilita o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar determinada condição ou fenômeno, bem como a sistematização de elementos contextuais que participam da construção dessas maneiras típicas de pensar e de agir. Ao fazê-lo, parte do nível pragmático para o semântico (CORIN *et al.*, 1992; UCHÔA; VIDAL, 1994). Para assegurar o anonimato, as entrevistas foram identificadas pela letra “A” seguida do número de ordem de realização.

Esta pesquisa integra o projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto René Rachou - FIOCRUZ Minas (CAAE 0028.0.245.000-09).

3. Resultados e discussão

Foram entrevistadas 24 mulheres ACS com idade entre 21 e 48 anos. Apenas 1 não era natural de Bambuí, e mais da metade estavam casadas ou em união consensual. A permanência no cargo variou de 3 meses a 9 anos – a maioria há menos de 4 anos. Quanto à escolaridade, todas atendiam aos requisitos legais (BRASIL, 2006b): 20 concluíram o ensino médio – sendo 5 técnicas em enfermagem –, e 4 graduandas (enfermagem, serviço social, biologia e turismo).

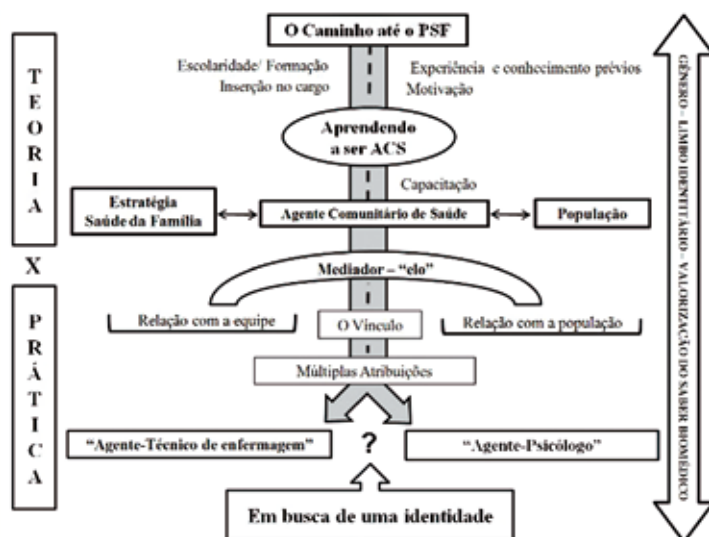
No Brasil, a maioria dos profissionais na área da saúde é mulher, inclusive entre os ACS (SANTOS; FARIAS FILHO, 2016). Essa crescente feminização da força de trabalho reflete a priorização da contratação de mulheres pelo impacto na sua condição social e na de suas famílias (MOTA; DAVID, 2010). Historicamente, o papel feminino de cuidadora favorece sua inserção na comunidade e dá credibilidade ao seu trabalho (MOTA; DAVID, 2010; BARBOSA *et al.*, 2012), entretanto,

nas sociedades capitalistas, essa ocupação costuma ser desvalorizada (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). No caso das ACS, trabalhar próximo à residência representa uma vantagem que supera os baixos salários e/ou a precarização do trabalho, pois lhes possibilita controlar e acompanhar o cotidiano dos filhos, especialmente aqueles em idade escolar.

O trabalho influi diretamente na inserção social e na construção da identidade dos indivíduos, funciona como espaço privilegiado de trocas e de mediações e permite o confronto entre mundo externo (das relações e organização do trabalho com suas lógicas, regras, valores e desafios) e interno (a singularidade e subjetividade) do trabalhador. Na alteridade, o ACS constitui-se como sujeito a partir do “olhar do outro” e da relação com este outro (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Para Kleinman (1980), na experiência de cada ator, completamente intersubjetiva, os processos coletivos e subjetivos interagem. Trata-se do fluxo de práticas, negociações, contestações, entre outros, que configuram a comunicação interpessoal e os engajamentos vividos. Nos seus significados simbólicos e interações sociais, a subjetividade emerge, toma forma, e reflexivamente molda nosso mundo local – vizinhança, redes, família e outras instituições.

Figura 1: O processo de trabalho e a construção da identidade do Agente Comunitário



Fonte: figura elaborada pelas autoras.

Na FIG.1, encontram-se sumarizados os diferentes elementos que participam do processo de construção da identidade do ACS, apresentados em um modelo explicativo (KLEINMAN, 1980).

À análise dos modos de pensar e agir das ACS sobre o seu processo de trabalho emergiram três categorias: “O caminho até o PSF”; “Aprendendo a ser ACS: controvérsias entre a teoria e a prática”; e “Em busca de uma identidade”.

3.1 O caminho até o PSF

Esta categoria revela que, diferentemente do perfil original do ACS dotado de mais experiência de vida e de liderança comunitária (BACHILLI *et al.*, 2008; MOTA; DAVID, 2010), as entrevistadas chegaram ao cargo por questões de oportunidade e de primeiro emprego. Todas admitiram desconhecer o que significava ser agente, como neste excerto:

Eu queria muito trabalhar.[...] Apareceu a oportunidade de eu ser agente de saúde. Eu nem sabia o que era ser uma agente de saúde. (A11)

A história do ACS ancora-se no trabalho voluntário, mobilização social e solidariedade, em contextos de extrema pobreza, por militantes políticos e/ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, tais como a Pastoral da Criança (FONSECA *et al.*, 2013; QUEIRÓS; LIMA, 2012). Entretanto, no universo pesquisado, esse ACS militante cedeu lugar a um ACS morador da área – não necessariamente representante dela, o que limita sua atuação política e reflete seu baixo poder de liderança junto à comunidade e à equipe de Saúde da Família.

Exceto aquelas que também eram técnicas de enfermagem, nenhuma havia trabalhado na área da saúde. Para as donas de casa, ser agente foi o primeiro emprego, e para as demais a experiência prévia de trabalho deu-se no comércio, como empregada doméstica, babá ou professora, profissões tradicionalmente exercidas por mulheres (BARBOSA *et al.*, 2012; MOTA; DAVID, 2010). Essa inexperiência profissional das

entrevistadas, em razão da idade (jovens), da prioridade dada à vida conjugal e à maternidade, da situação socioeconômica da família e de histórias de vida marcadas por desigualdades sociais, corrobora outros estudos (BACHILLI *et al.*, 2008; GALAVOTE *et al.*, 2011). Três entrevistadas relatam por que se tornaram ACS:

Porque eu ganho mais também. [...] E o trabalho de doméstica é cansativo, porque você faz o serviço na casa da pessoa, você chega na sua casa e tem aquele mesmo serviço pra você tá fazendo novamente. Aí eu optei por agente. (A21)

Acho que foi pela precisão na época que eu estava. Eu estava pra separar e desempregada. (A2)

Então se eu não poderia trabalhar como técnica de enfermagem, o que estava mais perto de técnica de enfermagem seria o de agente de saúde, auxiliando todas as pessoas na saúde. (A16 – ACS e técnica de enfermagem)

Assim, à semelhança de outros estudos (GALAVOTE *et al.*, 2011; JARDIM; LANCMAN, 2009; SANTOS; FARIAS FILHO, 2016), serviram como motivação para ser agente: falta de opção; momento de vida (crise no casamento, desemprego, necessidade de estar mais perto dos filhos); insatisfação com o emprego anterior; perspectiva do trabalho de ACS como algo temporário; empatia, interesse pela área da saúde e vontade de ajudar as pessoas. Contudo, os fatores determinantes foram a “oportunidade”, que aconteceu por indicação política e apoio a campanhas eleitorais; a amizade ou parentesco com alguém ligado ao poder público; ou excepcionalmente, a busca direta e/ou avaliação curricular. Expressões como “me convidou”, “me ofereceu a vaga”, “arrumou o serviço para mim”, “pediu ao prefeito/na prefeitura” denotam graves distorções relativas a favorecimento e utilização do cargo de ACS em promessas de campanha, práticas clientelistas típicas do país antes do SUS, que, infelizmente, ainda acontecem em muitos municípios brasileiros, especialmente nos de pequeno porte (GOMES *et al.*, 2009).

Quanto ao vínculo trabalhista, todas firmaram contrato com a prefeitura, sem concurso

público. Esta agente expressa o desrespeito aos direitos e à saúde dos trabalhadores alguns reflexos dessa insegurança formal no cargo:

Qualquer duas pessoas que convivam juntas no dia a dia, sempre tem um atritozinho. [...] Não sei se é porque a gente não tem férias, então a gente vai trabalhando assim, a gente fica cansado. Então, às vezes a gente acaba descontando na pessoa e a pessoa não tem nada a ver. Mas é.. porque a gente não tem férias. Então você trabalhou o ano inteiro, e depois... você tem cinco dias de férias.[...] Então cansa. (A11)

Reorientar o modelo de atenção à saúde passa necessariamente por rever as formas de gestão do trabalho, oferecendo condições de fixação, remuneração, garantias e direitos aos trabalhadores do setor, sem distinção de origem ou perfil social (FONSECA *et al.*, 2013). Porém, na lógica vigente, em detrimento de um projeto duradouro de política de saúde, o cargo de ACS funciona como se fosse “propriedade” do gestor, o que compromete a atuação, a capacitação e até mesmo a saúde e a construção da identidade do agente. Essa identidade será edificada na prática cotidiana, no trabalho em equipe, no tempo de permanência e no vínculo com a comunidade e com a ESF (GALAVOTE *et al.*, 2011), pois, uma vez no cargo, elas aprendem a “ser agentes”, como apresentado a seguir.

3.2 Aprendendo a ser ACS: controvérsias entre a teoria e a prática

Esta categoria revela um controvertido diálogo entre a teoria e a prática vivenciado na interação com diferentes atores sociais que compõem o seu campo e processo de trabalho, do qual emerge o significado de ser agente. Uma ACS, contratada há 7 anos, esclarece:

Nós fizemos esse [curso introdutório do PSF], depois começou a ter outro também [Plano Diretor da Atenção Primária], mas aí parou. Trocou de prefeito, aí parou tudo. (A7)

Ambas as capacitações oferecidas no município, o curso e o plano promovido pela Secretaria Estadual de Saúde/MG (ESPMG,

2012), foram interrompidas. As entrevistadas criticaram a periodicidade, a descontinuidade, a intensidade e o conteúdo dos cursos oferecidos, desejando maior participação, escuta e partilha das próprias demandas no trabalho. Embora coerentes com “novas lógicas científicas”, a tecnicização da prática de um trabalho, anteriormente fundado no saber popular, e a fragilidade das instituições formadoras comprometem a implicação comunitária e a promoção de cuidados emancipatórios (QUEIRÓS; LIMA, 2012). Além disso, esse processo de qualificação verticalizado, fragmentado, desestruturado e insuficiente para as competências necessárias ao agente (BACHILLI *et al.*, 2008; COSTA; FERREIRA, 2012; FONSECA *et al.*, 2013) leva as principiantes a buscarem orientações no próprio campo de trabalho: junto à agente que substituiriam, junto a(o) enfermeira(o) chefe da equipe e/ou a outras ACS mais experientes. Assim, a chegada das novatas acrescentava dificuldades para quem precisava deixar suas tarefas cotidianas para ensinar.

No território, as ACS constroem subjetiva e objetivamente suas experiências e aprendem como e o que é “ser agente” nas suas múltiplas atribuições, expressas nos signos: “perceber”; “conviver”; “avisar”; “encaminhar” (para especialistas); “informar e orientar”; “trazer” (informação para o PSF); “esclarecer”; “dar suporte e ajudar”. Tais ações se tornam vivas e ganham significado interagindo com vivências, sentimentos e relações na construção de sua identidade (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Para Mol (2002), o conhecimento e as técnicas inerentes a ele residem nos fatos do que é vivido cotidianamente. Assim, a teoria (*theoria*) está intimamente interligada à sabedoria prática (práxis), buscando a primeira ser validada pela última, a qual se refere “às (contingentes) boas escolhas que fazemos, capazes de conduzir concretamente as práticas humanas no sentido das boas finalidades da vida” (AYRES, 2009, p.135). Essa interação dialética entre a teoria (o que é postulado) e a prática (o que é executado) é mediada por uma retroalimentação:

o conhecimento produz e é produzido na práxis (MOL, 2002).

Entre as ações cotidianas, destaca-se a visita domiciliar, na qual realizam: acompanhamento, entrega de medicamentos e receitas, agendamento de consultas e exames, verificação de cartões de vacinação e controle de peso, busca ativa, escuta e diálogo – ações sintetizadas no signo “assistência”, como explica esta agente:

É tá visitando todas as casas; levando aos acamados que não possa vir; levando remédio; entregando receita; passando os recados dos profissionais; e tá marcando consulta. Assistência. (A14)

O risco de essa “assistência” se limitar à mera “transmissão de recados” e o acompanhamento das famílias permanecer centrado em ações de enfoque curativo, assistencialista, guiadas por programas preestabelecidos, pode mascarar as reais necessidades de saúde da população e comprometer seu cuidado integral (GOMES *et al.*, 2009; MAGALHÃES *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2011). Isso acontece quando se compreende o trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, passível de ser redirecionado segundo as necessidades do serviço para atividades que supostamente demandam baixa qualificação (QUEIRÓS; LIMA, 2012). Consequentemente, não se exige nem se oferece mais conhecimentos aos agentes do que aqueles necessários para realizar “operações simples” (FONSECA *et al.*, 2013), ignorando seu papel fundamental de mediador que elas valorizam, como neste excerto:

A gente que é agente, o papel principal é nós no PSF. Porque é a gente que vai às casas, a gente [...] vê o que tá acontecendo com a população e traz pro PSF. (A19)

No campo de fala das entrevistadas, elas confirmam a teoria de que o papel central é ser “elo”, “parceiro”:

O agente de saúde é mais ou menos assim, é tipo o elo da família com a atenção básica ou atendimento. A gente visita, sempre tenta

resolver os problemas, traz os problemas que encontra, a gente tenta resolver assim, na medida do possível. (A11)

Esse ACS mediador/intermediário possui uma dimensão performática, pois intervém e age promovendo a mediação entre as demandas da população local e o poder público, ancorada nos conceitos de capital social e rede (MARTELETO; SILVA, 2004). O capital social – definido como as normas, valores, instituições e relacionamentos compartilhados que permitem a cooperação dentro ou entre os diferentes grupos sociais – contribui para a redução da pobreza, o desenvolvimento e o bem-estar social. Esse capital opera por meio de redes, as quais, por sua vez, referem-se à interdependência existente entre as pessoas, via mecanismos automáticos de mudança e transformações históricas, cuja dinâmica está direcionada para a perpetuação, consolidação e desenvolvimento das atividades dos indivíduos (MARTELETO; SILVA, 2004).

Para este estudo, interessa-nos ater à rede construída por meio de vínculos que possibilitam trocas afetivas e de informações, partilha de vida, aprendizado mútuo e solidariedade (a reciprocidade do dar e receber), em aspectos das condições de vida da população que transcendem o campo da saúde (GOMES *et al.*, 2009). Estas agentes explicam:

A gente pega muito convívio com as pessoas. Eles passam a fazer parte da vida da gente. (A15)

Então a gente tá ali todo o dia com aquela família. Você começa a ter um vínculo muito forte com ela. [...] você é um mensageiro daquela família. (A23)

Quando elas se tornam amigas, elas contam muito o que acontece dentro de casa pra gente e não tem coragem de contar pra um filho. [...] A gente que trabalha como agente tem que ter sigilo, a ética profissional. O que ouve lá não pode passar pra frente. (A1)

Embora seja responsabilidade de todos, cabe ao ACS o esforço inicial de articulação e integração da equipe com a população adscrita (COSTA; FERREIRA, 2012). O sucesso da ESF depende disso, cuja construção

requer um movimento de sair de si para encontrar no outro certo sentido ao seu fazer; condiciona-se à conquista da confiança dos usuários, o que demanda tempo, respeito ao outro e extrapola o campo profissional (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Especialmente quando a relação estabelecida ultrapassa o limite profissional e adentra o campo pessoal (JARDIM; LANCMAN, 2009), sua atuação introduz um novo significado à sua práxis: um vínculo social, diferente daquele que possuía na relação de vizinhança e amizade, expondo impossibilidades institucionais e limitações do setor saúde (BACHILLI *et al.*, 2008).

Na prática, o vínculo, o compromisso, a responsabilização, estão manifestos no desejo e na atitude das agentes de tentar resolver problemas da microárea, suplantando suas atribuições para ajudar o outro, conforme expressa esta mulher:

Eu, às vezes, se não consigo o carro pra tá levando, a ambulância, eu peço na rua, faço qualquer coisa [...] procuro ajuda. Eu ligo para minhas irmãs que têm carro, ligo pra alguém, alguém que possa me ajudar. Como eu estou [há] muitos anos na área [...] todo mundo me conhece. “Oh, você podia me fazer um favorzinho?” A pessoa põe boa vontade pra tá me ajudando. (A5)

Quando o ACS atua como mediador das relações comunidade-equipe de saúde, o cuidado ultrapassa o ambiente institucional e alcança o território, a vida comunitária (COSTA; FERREIRA, 2012), com maior eficácia nas ações de saúde, participação e capacitação da comunidade (GOMES *et al.*, 2009; MOTA; DAVID, 2010). Porém, nem sempre o trabalho do agente é reconhecido pelos demais profissionais e pela população, como nestes relatos:

Nós, como somos agentes de saúde, a gente tem hora que é [...] barrado. Você obtém uma resposta que te contraria no meio de todo mundo. Tem horas que até com estupidez. (A1)

Sempre tem que ser o médico pra mandar. A gente pode ir lá e falar, que nem nós, a gente passa na casa de todo mundo e a gente convida

as pessoas pra vir fazer o preventivo. Aí, muitas não acreditam, pensam que se o médico não mandar como exame [...] é porque você não precisa fazer. (A15)

Eu chego e passo para o [enfermeiro] que é o chefe, porque às vezes tem coisa assim que eu não posso [resolver], aí tem que passar é pra ele, aí ele resolve. Eu já chego direto e passo pra ele. (A19)

Nesse processo de mediação comunidade-equipe, tensões são inerentes, pois na ESF o agente é considerado “braço do governo na comunidade”; contudo, quando é representante dela no serviço, ora ele é visto como articulador dos problemas e soluções, ora tensionador das reivindicações populares (QUEIRÓS; LIMA, 2012). Sobre o trabalho em equipe, as entrevistadas divergem:

Funciona. Igual eu acho que a minha equipe se dá bem. Um tenta ajudar o outro. (A17)

Então eu acho que deveria ter mais conversa, um tentar entender a parte do outro. (A21)

O trabalho em equipe aventado se refere a uma ajuda mútua, mas todas as entrevistadas confirmaram não haver reuniões de matriciamento nem diálogo sistemático com as agentes em nenhuma das UBS. Este fato sugere uma baixa interação entre os ACS e demais membros da equipe, o que limitaria a ampliação do capital social, a troca de saberes e o efeito multiplicador referente à capacidade dos agentes de transmitir informações de prevenção à saúde para a comunidade onde atuam, comprometendo, em última análise, a efetividade da ESF (SANTOS; FARIAS FILHO, 2016).

Ademais, qualquer comunicação (e submissão) era feita ao enfermeiro, “o chefe da equipe”, considerado pelas entrevistadas como detentor do saber e do poder de resolução de todas as demandas trazidas. Essa condição diverge de programas e experiências locais anteriores ao PSF, nas quais os ACS atuavam ativamente e de forma autônoma em ações diversas que incluíam a mobilização da comunidade para o autocuidado (SILVA; DALMASO, 2002), muito embora

apoiadas em concepções de saúde e doença distintas do saber biomédico (UCHÔA; VIDAL, 1994).

No território, as ACS se deparam com aspectos legais e éticos relativos a situações de pobreza, violência intrafamiliar, alcoolismo, entre outras questões que, isoladamente, a medicina tecnológica e/ou o serviço não conseguem resolver ou amenizar, o que lhes gera sofrimentos, angústias e incertezas (VIDAL *et al.*, 2015). No trabalho, reclamam de: falta de autonomia, de estímulo e de apoio no serviço; baixa remuneração; desvalorização; excesso de cobranças; sentimentos de impotência e frustração diante da não resolução e/ou não atendimento das demandas comunitárias e dos contratempos para cumprir suas múltiplas atribuições. Relatam também dificuldades de ordem burocrática, financeira, operacional (excesso de demandas frente à oferta, rotatividade profissional nas equipes), logística e de integração com a própria equipe, além do despreparo para lidar com os diversos obstáculos.

Dificuldades complexas e similares às relatadas pelas ACS de Bambuí se repetem em diferentes regiões do país (BACHILLI *et al.*, 2008; PUPIN e CARDOSO, 2008; COSTA; FERREIRA, 2012; GALAVOTE *et al.*, 2011; NUNES *et al.*, 2002; PUPIN e CARDOSO, 2008; GOMES *et al.*, 2009; SANTOS; FARIAS FILHO, 2016), bem como situações e ambientes estressores, habilidades e/ou recursos insuficientes, ocasionando sofrimento e adoecimento, comuns entre trabalhadores da área da saúde, inclusive ACS (GALAVOTE *et al.*, 2011), como ilustra esta falada uma agente que está há 7 anos no cargo:

Nosso serviço tá mais lá fora do que aqui dentro. Aqui dentro, a gente não palpita muito não. O que decidiu ali é aquilo ali. Mesmo que a gente conhece mais o paciente, sabe mais os problemas deles, é aquilo ali. [...] Desanima, entende? [...] pelo que eu já trabalhei e estou agora, eu estou desanimando [...] Descrentei de querer tentar resolver, trazer o problema e chegar aqui e parar. Pensei: aqui tem o recurso, tem como fazer aqui. Só que trava. A gente não dá palpite, não manda nada aqui dentro. (A7)

Apesar da descrença e da frustração, essas mulheres clamam por reconhecimento e valorização de seu ser, saber e fazer. Uma agente explica:

O agente de saúde [...] é pouco valorizado. Ele é criticado, muitas vezes as pessoas não dão o valor que deveria. Eles [os usuários] acham que é só uma assinatura. Você chega na casa, você conversa... muitas pessoas te recebem bem, outros não. Outras só quer assinar o seu caderno e pronto. Acha que você tá tomando o tempo deles. Então, eu acho que se tivesse uma... uma divulgação do que é o agente de saúde, acho que a gente teria uma valorização maior, ficaria bem mais fácil de trabalhar. (A22)

Elas desejam ser valorizadas por usuários, gestores e profissionais da equipe onde atuam nas duas dimensões: uma técnica, advinda das exigências institucionais ao profissional inserido no sistema de saúde, e outra política, na qual sua solidariedade, despertada por demandas de bem-estar das famílias e pela realidade social, direciona-se à organização comunitária para transformar as condições de vida (SILVA; DALMASO, 2002).

Todavia, na dimensão política, a mobilização social e o estímulo à participação comunitária na própria saúde não foram identificados nos relatos das ACS bambuienses. Embora devesse estar em segundo plano, boa parte de suas ações estava centrada na dimensão administrativa do trabalho. Contudo, é a dimensão educativa de sua atuação que, aliada à mobilização social, confere originalidade à inserção do ACS no SUS (FONSECA *et al.*, 2013). Nesse sentido, para que seja possível incluí-la, o processo de educação permanente do ACS deveria subsidiar o enfrentamento das dificuldades e dilemas do cotidiano, orientando iniciativas de transformação das práticas de saúde por meio da problematização da realidade e da reflexão crítica sobre os significados dos valores e condutas morais presentes nas comunidades. Para tanto, é necessário ultrapassar questões relativas à saúde-doença para abarcar também o terreno ético-político, o que poderá contribuir para a construção de

lógicas mais solidárias nas relações entre as pessoas (VIDAL *et al.*, 2015).

Em todas as dimensões, conflitos e incertezas perpassam a atuação dos ACS na sua relação com a população e demais integrantes da equipe (COSTA; FERREIRA, 2012; GOMES *et al.*, 2009; PUPIN; CARDOSO, 2008), comprometendo a constituição e funcionamento da rede (MARTELETO; SILVA, 2004) e revelando uma posição identitária do ACS que remete a um estado limiar, como proposto por Turner (1974).

As agentes, sentindo-se cotidiana e injustamente cobradas e inferiores aos demais profissionais “detentores” de um saber técnico, passam a perseguir o saber biomédico ou outro culturalmente reconhecido pela sociedade, que lhes confira maior *status* e “legítima” sua voz e seu fazer (BACHILLI *et al.*, 2008). No grupo pesquisado, 5ACS exerciam também o cargo de técnicas em enfermagem. Duas delas afirmam:

Às vezes sou técnica e... meu trabalho é de agente, mas como a demanda é muita... (A16)

Eu trabalho de técnico até às onze. De uma até às cinco eu sou agente de saúde. (A5)

Essa situação dúbia é analisada por outra ACS, que deixa claro que as funções do agente comunitário e técnico de enfermagem são diferentes e, portanto, não poderiam ser realizadas por um único profissional. Entretanto, compreendendo a atuação periférica do ACS nas equipes, a entrevistada propõe:

“Sempre ela faz o possível. ([...]) Ela é agente e ‘quebra um galho’ como técnica. Acho que mais uma técnica seria muito importante.” (A12)

Ao acreditarem em um “fazer saúde” essencialmente pautado na dimensão técnica (PUPIN; CARDOSO, 2008), deixam de lado a sua efetiva função de agente de mudança. Por sua vez, desconhecendo a importância do seu papel na equipe, não valorizam aspectos psicossociais e políticos de seu trabalho. A procura de habilidades e formação na área de enfermagem e o acúmulo de funções de

ACS e técnico de enfermagem confirmam a busca por oportunidades de crescimento profissional e financeiro pautadas no saber biomédico (MOTA; DAVID, 2010), muito valorizado na equipe e na comunidade.

Assim, se se pretende a efetiva transformação das práticas de cuidado à saúde pela ESF, é fundamental compreender, em uma perspectivaêmica, o processo de trabalho do ACS face às contradições vivenciadas entre teoria e realidade que expõem a sua busca por uma identidade.

3.3 Em busca de uma identidade

Esta categoria ilumina as dificuldades de inserção e a busca por um modelo identitário a seguir diante das múltiplas atribuições desse “novo” profissional.

No presente estudo, enquanto os demais profissionais da equipe de saúde encontram na clínica um campo de práticas de validação de sua identidade e de seu lugar no sistema, as entrevistadas decidiram ser ACS sem conhecer do que se tratava. Ao sê-lo, assumem variadas atribuições para responder ao modelo de atenção à saúde de que participam e em que vivenciam, e são cotidianamente expostas à falta de recursos. Emergem das entrevistas duas representações pictóricas de ACS, muito próximas de outras categorias profissionais: o “agente-psicólogo” e o “agente-técnico de enfermagem”, respectivamente, conforme os seguintes relatos:

Através do agente, a gente fica sabendo muita coisa. Parece que com a gente as pessoas, as famílias, ficam mais à vontade do que com a própria [equipe]... o médico ou a enfermeira ali [...] Uma agente é tipo psicólogo com eles, eles se abre com a gente. E ali eles passam a vida todinha pra gente. Até a doença, por exemplo, que as pessoa têm vergonha de falar que tem a própria doença, igual a hanseníase, aí até pra gente é mais fácil, do que tá a vigilância fazendo a abordagem. (A3)

A gente poderia fazer mais... eu não sou técnica. [...] Eu estou querendo fazer um curso de técnico para ajudar mais. [...] Eu queria poder medir pressão, glicose, pra realmente cuidar mais, dar uma atenção melhor pra eles [os idosos]. (A13)

Nesse sentido, as ACS entrevistadas também representam a sociedade em que vivem (MORIN, 1999) e, no trabalho, descrevem um movimento pendular e ambivalente de sustentação (TURNER, 1974), refletindo um processo histórico que independe do agente. Trata-se da repetição do modelo hegemônico de cuidado, biomédico, de primazia hospitalocêntrica e prescritiva (curativa) (VIDAL *et al.*, 2015), que ainda prevalece no processo de implantação da ESF.

Em um extremo, a identificação com o “técnico de enfermagem” explicita o saber biomédico culturalmente valorizado e assimilado pela população e pela equipe de Saúde da Família (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Dessa forma, reproduzem práticas tradicionais de educação em saúde e um discurso biologicista, autoritário e normatizador, que praticamente reduzem a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual e à necessidade de mudanças de comportamentos (ÁVILA, 2011), culpabilizando o indivíduo por seus problemas de saúde (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Contribui para tal identificação com o profissional da enfermagem o desejo de moldar a identidade do ACS para que ele reproduza um profissional de saúde à moda antiga. Em parte, isso decorre de conflitos junto a entidades de enfermagem, pois temendo pelo retorno da figura de atendentes e do aumento de trabalhadores sem qualificações no sistema de saúde, tais entidades negociaram junto ao Ministério da Saúde a inclusão de um compromisso de os agentes comunitários serem formados como auxiliares de enfermagem. Silva e Dalmaso, em 2002, já alertavam que essa interferência da área de enfermagem colaboraria para o desvio do perfil mais comunitário do agente.

Contudo, em maio de 2016, a proposta de substituição do ACS por técnico de enfermagem retornou ao cenário político com a publicação da Portaria nº 958. Com ela, extinguiu-se a obrigatoriedade de contratação do profissional ACS nas equipes de saúde da família sob a alegação de ampliar a

resolutividade e as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Dessa maneira, o Ministério da Saúde esperaria “aumentar a capacidade clínica na UBS e o cuidado no domicílio, fortalecendo a continuidade da relação clínica na construção de vínculo e responsabilização [...] da Atenção Básica” (BRASIL, 2016).

Entretanto, tal publicação tem encontrado resistência entre os trabalhadores da saúde e a Confederação dos Servidores Públicos do país, especialmente os próprios ACS que protestaram contra a portaria, bem como entre instituições de pesquisa e estudiosos na área da Saúde Pública, como é o caso da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Essas instituições divulgaram uma carta repudiando tal publicação e pedindo sua expressa revogação, por entenderem que ela representa um retrocesso em relação ao modelo de atenção e democratização do SUS. Além disso, reforça a precarização do trabalho no SUS; traz uma concepção equivocada de resolutividade; e restringe as possibilidades de composição da equipe, pois acaba com a obrigatoriedade de contratação do ACS (ENSP, 2016).

Ressalta-se que as bases que sustentam o trabalho do ACS e do técnico de enfermagem são distintas. O técnico possui formação e prática alicerçadas nos saberes biomédicos, enquanto o ACS historicamente tem sua base centrada no saber popular e na promoção da saúde a partir da participação social. Ademais, as atribuições das duas profissões não são excludentes, nem sobrepostas, nem concorrentes, apenas diferentes e, portanto, complementares (ENSP, 2016).

No outro extremo, a identificação do ACS com o papel de “psicólogo” revela o desejo de valorização de si no mundo do trabalho pelo seu próprio saber e de um modelo de atenção que valorize a escuta, o diálogo, o acolhimento e o vínculo. Por meio dela, assumem uma postura “amiga”, mas talvez excessivamente “paternalista/assistencialista” (PUPIN; CARDOSO, 2008), querendo resolver tudo pela

comunidade, restringindo a participação desta no próprio cuidado. Ou, exatamente porque se identificam com a problemática da comunidade assistida, esforçam-se para suplantam as tantas lacunas e vícios do sistema.

Assim, uma vez mais se verifica a contradição entre a teoria e a prática, e o caráter transitório (TURNER, 1974) do agente: o ACS reflete o sujeito pós-moderno de Hall (2003), cuja identidade não é fixa e permanente, sendo constantemente alterada e transformada de acordo com as interações e territórios frequentados. As entrevistadas assumem identidades moldáveis entre a constituição de um profissional da saúde que ainda não se consolidou pelos ditames do modelo biomédico; e de um sujeito representante da própria comunidade que assiste, mas se vê impossibilitado de resolver determinados problemas devido a limitações da sua autonomia, diretamente vinculada à porosidade do seu campo profissional.

Para Taylor (1997), as ações humanas orientam-se por um pensamento moral, vinculado intrinsecamente à noção de “fazer o bem”, algo digno e admirável. Ao adquirir uma postura aberta à escuta e disposta à resolução do problema alheio – ainda que em potência – as ACS tentam corresponder a uma expectativa social ancorada na perspectiva moral de respeito e obrigação perante os outros (TAYLOR, 1997). Em contrapartida, quando o ACS é reconhecido em sua identidade profissional – ainda que em construção (JARDIM; LANCMAN, 2009) –, a instabilidade na ESF diminui (COSTA; FERREIRA, 2012) e esse profissional recupera a motivação, o prazer e a satisfação, condições primordiais para um fazer bem (BACHILLI *et al.*, 2008).

Esse quadro complexo expõe desafios cotidianamente enfrentados no trabalho desse profissional, o qual, como sujeito e ser simbólico, apoia-se na imaginação radical e no processo de socialização para construir sua identidade e adquirir um *status* social, habitado e determinado por regras, valores e fins (MORIN, 1999).

Portanto, as agentes não podem ser responsabilizadas pelas contradições observadas,

mas chamadas a participar efetivamente da atuação da equipe e da transformação do modelo de cuidado pretendida pela ESF. Ademais, a necessária reorientação do modelo de atenção à saúde deve se associar a um modelo de gestão do trabalho que viabilize a construção de trabalhadores autônomos, críticos, bem-formados do ponto de vista técnico, político e ético, ou seja, de fato capazes de operar o modelo segundo as diretrizes da estratégia (FONSECA *et al.*, 2013). Isso inclui reconhecer a potencialidade que a participação de um elemento novo na equipe – o ACS pertencente à mesma cultura da população adscrita – pode imprimir à atenção básica.

4. Considerações finais

O trabalho do ACS e, de forma mais ampla, da própria ESF, é fundamental na atenção e cuidado aos indivíduos e à comunidade onde atuam. Todavia, os avanços nos modelos de atenção, gestão e trabalho do agente de saúde – representante ativo da comunidade onde morava e atuava quando do surgimento dos primeiros agentes de saúde –, não foram acompanhados por processos de contratação e qualificação adequados à sua atuação e valorização. Não se trata de desqualificar os avanços no âmbito da Saúde da Família no país, mas questionar como esta incorporou o papel e transformou a identidade de seu mais genuíno profissional, o agente de saúde, talvez nem tão genuíno assim.

Apesar da disposição demonstrada pelas ACS em atuar na mediação serviço-comunidade, no campo de fala das agentes estão ausentes: amobilização popular, a participação do agente no planejamento das ações na equipe, em Conferências e ou em Conselhos de Saúde. Na visão das entrevistadas, seu processo de trabalho expõe a atuação de um profissional polivalente e ambíguo: ora desacreditado e “silenciado” pela pouca autonomia, pelo desrespeito ao seu saber e fazer, pelas dificuldades experimentadas na equipe, no serviço e na comunidade; ora trabalhador pela transformação das condições de vida das famílias e da comunidade, em busca de valorização e de uma identidade própria.

No presente estudo, sua identidade, em construção, oscila entre uma dimensão mais técnica e outra relacional. As representações pictóricas reveladas baseiam-se no modelo biomédico, o que demonstra que a pretendida mudança do modelo assistencial à saúde encontra resistências, dentro e fora da equipe, e coloca em questionamento a própria construção do cuidado que podem ofertar à população, uma vez que suas atribuições não estão claramente definidas.

Isso demanda reconhecer a sua singularidade e assegurar que o diálogo com as equipes e com a comunidade se faça com finalidade e sentido, a fim de que possam ser produzidas atitudes de cuidado, de acolhimento e de efetiva transformação das condições de vida da comunidade. Portanto, é preciso romper com o caráter vertical de planejamento e de gestão ainda predominante no serviço e dialogar com os ACS para fortalecer a dimensão política do trabalho e o vínculo com a população.

Diante de tantos desafios, as equipes carecem de educação permanente e contextualizada sobre o valor, o potencial e os limites dos ACS, de modo a potencializar a atuação de todos os envolvidos e com implicações diretas na melhoria do cuidado.

Contribuições dos autores: Kelly Alves Magalhães responsabilizou-se pela concepção do projeto; coleta, análise e interpretação dos dados; e redação e revisão crítica do conteúdo intelectual. Karla Cristina Giacomini responsabilizou-se pela concepção do projeto; análise e interpretação dos dados; e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Janaína de Souza Aredes responsabilizou-se pela análise e interpretação dos dados e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Josélia Oliveira Araújo Firmo responsabilizou-se pela concepção do projeto; coleta, análise e interpretação dos dados; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Referências

- ÁVILA, M.M.M. Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.349-360, 2011.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2009.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.51-60, 2008.
- BARBOSA, R.H.S. *et al.* Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitários/os de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.16, n.42, p.751-765, 2012.
- BRASIL. Constituição (1998). Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 fev. 2006a. Seção 1.
- BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 out. 2006b. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 mai. 2016. Seção 1.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1509-1520, 2010.

COSTA, E.M.; FERREIRA, D.L.A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.461-478, 2012.

CORIN, E.; UCHOA, E.; BIBEAU, G.; KOUMARE, B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathologie Africaine**, Sénégal, v. 24, p.183-204, 1992.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p.61-73, jan./mar. 2013.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS/ESPMG. **Plano diretor da Atenção Primária à saúde**. Disponível em: <<http://pdapses.esp.mg.gov.br/>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA/ENSP. Fundação Oswaldo Cruz. **Carta de repúdio às portarias GM/MS 958 e 959/2016**, 20 maio 2016. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/39669>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.389-394, 2011.

FONSECA, A.F.; MOROSINI, M.V.G.C.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p.525-552, set./dez. 2013.

GALAVOTE, H.S. *et al.* Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.231-240, 2011.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1509-1518, 2005.

GOMES, K.O. *et al.* A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n. 4, p.744-755, 2009.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. (Org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: ATLAS, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades @**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n. 28, p.123-135, 2009.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Cultures**. An Exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

- MACINKO, J.; HARRIS, M.J. Brazil's Family Health Strategy: Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n.23, p.2177-2181, 2015.
- MAGALHÃES, K.A. *et al.* A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, 2015.
- MARTELETO, R.M.; SILVA, A.B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez. 2004.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Ed. UFS, 2009. p. 29-56.
- MINAYO, M.C.S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed.FIOCRUZ, 2005. p. 71-103.
- MOL, A. **The Body Multiple**: Ontology in Medical Practice. Londres: DukeUniversity Press, 2002.
- MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEJA, A.; ALMEIDA, E.P. (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 21-34.
- MOTA, R.R.A.; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.229-48, 2010.
- NUNES, M.O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1639-1646, 2002.
- PUPIN, V.M.; CARDOSO, C.L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.13, n. 2, p.157-163, 2008.
- QUEIRÓS, A.A.L.; LIMA, L.P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p.257-281, jul./out. 2012.
- SANTOS, C.W.; FARIAS FILHO, M.C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1659-1667, 2016.
- SANTOS K.T. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p.1023-1028, 2011.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.
- TAYLOR, C. **As fontes do self**: a construção da identidade moderna. São Paulo: Loyola, 1997.
- TURNER, V.W. Liminaridade e “Communitas”. In: **O processo ritual**: estrutura e antiestrutura. Petrópolis: Vozes, 1974. p. 116-159.
- UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.497-504, 1994.
- VIDAL, S.V.; MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bio-éticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.129-140, 2015.

Agente comunitário de saúde: dificuldades nas condições de trabalho

Community Health Agent: Difficulties in Working Conditions

Juracy Xavier de Oliveira¹
Danielle Costa Silveira²

¹ Analista em Educação e Pesquisa em Saúde, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG). juracy.oliveira@esp.mg.gov.br

² Analista em Educação e Pesquisa em Saúde, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG).

RESUMO: Objetivou-se identificar, a partir do método de revisão integrativa, problemas que permeiam e que podem influenciar de maneira insatisfatória as condições de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Foram analisados 18 artigos, publicados entre 2007 e 2014, o que possibilitou a identificação de quatro temas: *trabalho, relacionamento, saúde e formação*. A análise dos dados mostrou que o cenário de trabalho e a falta de clareza nas atribuições da função podem impedir que o ACS desenvolva suas ações de forma efetiva, podendo não corresponder ao preconizado pelas políticas públicas de saúde e, também, ao esperado pela população. Embora todas as questões aqui destacadas necessitem de uma discussão mais ampla, inferiu-se que os problemas relacionados à capacitação demandariam maior atenção, uma vez que um modelo de formação adequado e de qualidade, além de permitir a aquisição de competências técnicas, contribui para maior reflexão e transformação do contexto de vida e trabalho do profissional.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Condições de trabalho.

ABSTRACT: The objective was to analyze the issues related to working conditions of the Community Health Agent (CHA), from the method of integrative review. We identified 18 articles for the research, published in the period between 2007 and 2014, enabling the identification of four themes: *work, relationships, health and training*. The analysis of the data revealed that the scenario of the work and the lack of clarity in role assignments, often hinders the CHAs to develop their actions effectively, and may not correspond to what is recommended by public health policies and, also, to what is expected by the population. Although all of the issues highlighted here require a more extensive discussion, we can infer that the problems related to training events demand greater attention. Thus, the CHAs could find better linkages and strategies to leverage search to overcome the difficulties that emerge from their everyday work.

Keywords: Community Health Agent. Family Health Strategy. Working conditions.

1. Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional integrante da Atenção Primária em Saúde (APS) no cenário brasileiro. Cabe a esse profissional o exercício compartilhado de atividades essenciais desse nível de atenção, como a prevenção de doenças e a promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

A função de agente comunitário obteve grande destaque ao compor uma estratégia de saúde estruturada e abrangente no Estado do Ceará (CE), no final da década de 1980, com o Programa Agentes de Saúde (PAS). O objetivo do PAS era contribuir para a diminuição da mortalidade materno-infantil e, ao mesmo tempo, criar oportunidade de trabalho para mulheres carentes da região (SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002; MOROSINI *et al.*, 2007).

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS), impulsionado pelos resultados positivos alcançados pelo PAS em relação ao controle da mortalidade infantil, ao aumento da cobertura vacinal e aleitamento materno, ampliou a experiência para as regiões Nordeste e Norte do país, sob a nomenclatura Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) e, posteriormente, com cobertura nacional, foi denominado Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SILVA; DALMASO, 2002; MOROSINI *et al.*, 2007).

A partir da idealização e implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, o ACS foi incorporado a esse novo modelo de atenção primária, passando a exercer seu trabalho integrado a uma equipe multiprofissional, junto a médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas (NUNES *et al.*, 2002).

Nesse modelo, a organização da atenção à saúde concebe e percebe a família a partir do seu ambiente físico e social. Essa mudança de prática demanda dos profissionais a compreensão e abordagem do processo saúde-doença por meio de uma visão ampliada das questões e determinantes sociais de saúde,

indo além da abordagem individual e de práticas curativas (BRASIL, 1996).

Ao longo do percurso trilhado pelo ACS – partindo de uma experiência local, focada em ações restritas e pontuais –, é possível perceber uma evolução no trabalho desenvolvido por esse profissional, bem como a sua institucionalização, enquanto categoria profissional, em 2002 (MOROSINI *et al.*, 2007).

Todavia, mesmo com o reconhecimento e a legalização da profissão, o ACS ainda enfrenta muitos problemas, tais como uma formação profissional insuficiente, baixos salários, conflito de poder, aumento de trabalho e de responsabilidades, dificuldade no vínculo, entre outros (NUNES *et al.*, 2002).

Em relação à formação, ao comparar-se aos demais profissionais da equipe, o ACS apresenta uma qualificação insuficiente frente ao vasto rol de funções que precisa desempenhar (NUNES *et al.*, 2002; MOROSINI *et al.*, 2007; MARTINES; CHAVES, 2007).

O conflito de poder é decorrente, principalmente, de sua integração à ESF, quando, então, acaba perdendo o lugar anterior de referência para a população nas questões de saúde (NUNES *et al.*, 2002; ÁVILA, 2011).

O vínculo construído entre o ACS e comunidade pode envolver sentimentos de frustração e sofrimento quando o profissional se depara com famílias em situação de vulnerabilidade, além dos momentos de atendimento em que não consegue corresponder às expectativas dos usuários. Outra questão corresponde ao fato de morar na mesma comunidade onde trabalha, podendo dificultar na sua capacidade de discernir sobre os limites despendidos ao trabalho (MARTINES; CHAVES, 2007; WAIL; CARVALHO, 2009; VILELA *et al.*, 2010).

O aumento da carga de trabalho e das responsabilidades da função, desacompanhado de um reajuste salarial condizente à nova realidade, é percebido pelo ACS como causa de desvalorização do seu trabalho (NUNES *et al.*, 2002; MARTINES; CHAVES, 2007; WAIL; CARVALHO, 2009; URSINE *et al.*, 2010).

De acordo com Assunção e Lima (2012), a expressão *condições de trabalho* diz respeito

às circunstâncias e ao modo como o trabalho é desenvolvido. Tais condições são influenciadas pela formação profissional; regulação da profissão; gestão do trabalho e, ainda, pelas condições de realização do trabalho, compreendendo o ambiente e as atividades desenvolvidas pelo trabalhador.

Apesar da vasta literatura publicada que investiga questões relacionadas às condições de trabalho na APS, especialmente envolvendo o ACS, ainda são importantes estudos que se aprofundem em aspectos relativos a essa questão e tragam novos olhares, por exemplo, a partir de novos métodos de investigação.

Nesse sentido, acreditamos que o levantamento de problemas que permeiam as condições de trabalho do ACS poderá permitir a identificação de fatores que têm contribuído para sua ocorrência, possibilitando a discussão de estratégias que podem ser adotadas para sua superação. Além disso, o levantamento de problemas poderá servir de subsídio aos debates entre profissionais e gestores de saúde na busca por melhorias nas condições de trabalho desses profissionais. Ainda, neste estudo, optamos pelo método de revisão integrativa, a fim de realizar um levantamento abrangente dos trabalhos existentes, possibilitando uma avaliação mais ampliada e a elaboração de uma síntese dos achados disponíveis, permitindo, também, a indicação de necessidades de novas pesquisas.

Diante dessas questões, o presente estudo objetivou, a partir do método de revisão integrativa, identificar problemas que permeiam e que podem influenciar de maneira insatisfatória as condições de trabalho do ACS.

2. Metodologia

O estudo foi conduzido a partir da revisão integrativa, que consiste em um método de pesquisa que permite o agrupamento e a sistematização de resultados de diversos estudos sobre um determinado tema ou problema, contribuindo para seu aprofundamento ou, ainda, para a descoberta de novos achados (MENDES *et al.*, 2008).

A partir da revisão integrativa é possível, portanto, realizar o levantamento e a síntese

de pesquisas que permitirão que o pesquisador teste suas hipóteses (MENDES *et al.*, 2008).

De acordo com Mendes *et al.* (2008), o método da revisão integrativa ocorre de maneira sistemática, compreendendo seis etapas.

A primeira etapa corresponde à identificação do tema a ser pesquisado, com definição das hipóteses a serem respondidas e das palavras-chave que serão utilizadas na busca bibliográfica.

A segunda etapa diz respeito à elaboração de critérios de inclusão e exclusão a serem utilizados na busca e seleção de pesquisas em bases de dados definidas pelo pesquisador. Uma seleção criteriosa da amostra a ser incluída aponta para a validade da revisão integrativa, revelando a qualidade e confiabilidade das discussões realizadas na pesquisa.

A terceira etapa corresponde ao momento da seleção de informações, na bibliografia levantada, que sejam úteis ao estudo. A organização e a síntese dessas informações auxiliarão o pesquisador na condução do estudo.

Na quarta etapa, o pesquisador deverá analisar, de maneira crítica, os dados obtidos pelas pesquisas, procurando responder a possíveis contradições encontradas nos achados e que possam representar conflitos de resultados no material selecionado para o estudo.

A quinta etapa relaciona-se ao momento em que o pesquisador, após a análise crítica realizada anteriormente, compara os resultados encontrados na bibliografia, fundamentando a discussão de seu estudo.

A sexta, e última etapa, diz respeito à sistematização do trabalho realizado, com a descrição das etapas desenvolvidas e dos resultados das pesquisas selecionadas na revisão integrativa.

A revisão integrativa deve incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos. Todas as iniciativas tomadas pelo revisor podem ser cruciais no resultado final da revisão integrativa (diminuição de vieses), sendo necessária uma explicação clara dos procedimentos

empregados em todas as etapas anteriores (MENDES *et al.*, 2008, p.763).

A revisão integrativa é, portanto, um método de escolha utilizado quando o pesquisador pretende, na realização de seu estudo, divulgar a produção científica já acumulada sobre determinados temas, cujos resultados contribuirão para a formulação de uma nova síntese, mais abrangente e aprofundada (MENDES *et al.*, 2008).

Nesse sentido, considerando o objetivo de identificar problemas nas condições de trabalho do ACS, optou-se pela revisão integrativa, uma vez que a realização de um levantamento sistematizado, com produção de uma síntese de estudos sobre o tema, contribui na reflexão pretendida neste estudo, ampliando a abordagem e a reflexão sobre a temática, possibilitando a apresentação de novas informações e a sistematização de um conhecimento ampliado sobre o tema.

Todas as etapas para condução da revisão integrativa, propostas por Mendes *et al.* (2008), foram seguidas neste estudo (FIG. 1).

O levantamento bibliográfico foi realizado em junho de 2015, na Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS-BIREME), pela base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), um dos principais bancos de periódicos científicos brasileiros, permitindo um amplo levantamento de trabalhos publicados.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para a pesquisa foram *agente comunitário de saúde e condições de trabalho*. A princípio, obteve-se o total de 114 trabalhos científicos.

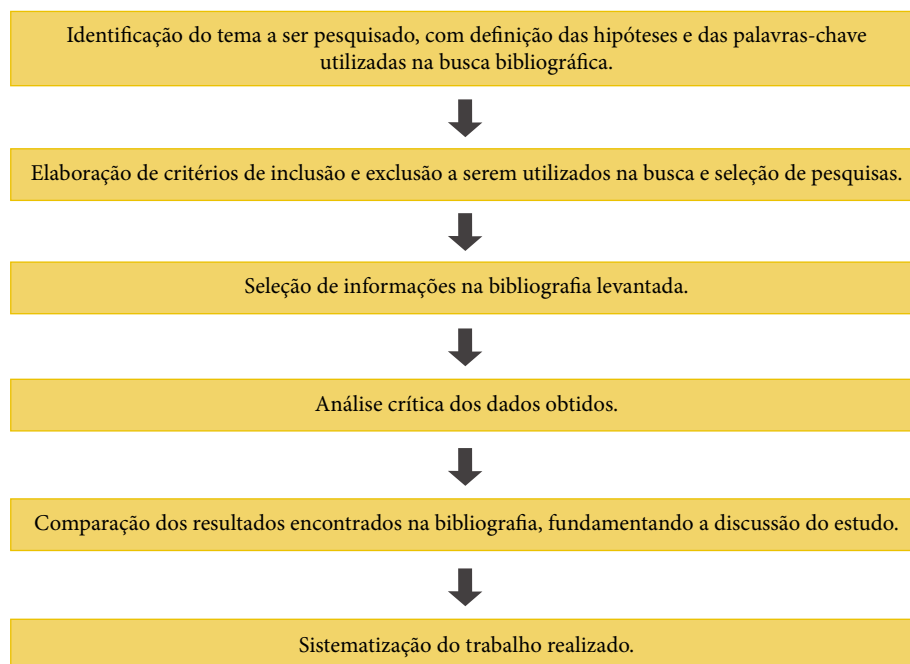
Como critério de inclusão, optou-se por artigos científicos em língua portuguesa, disponibilizados em texto completo. O recorte temporal não foi considerado como critério de seleção.

Determinou-se, como critério de exclusão, manuscritos redigidos em língua estrangeira (dissertações, teses e artigos), bem como qualquer tipo de material que não se enquadrasse como artigo científico (anais de congresso, relatórios, livros, entre outros).

A partir dos critérios de inclusão e exclusão adotados, foram identificados 23 artigos para a pesquisa.

Após leitura e análise do resumo do material, obteve-se uma nova seleção, onde 18

Figura 1: Etapas da revisão integrativa realizadas no estudo



Fonte: adaptado de Mendes *et al.* (2008).

artigos foram submetidos à leitura integral. O critério utilizado para essa seleção baseou-se, inicialmente, na leitura cuidadosa do resumo dos artigos pelos dois autores, com posterior análise e discussão conjunta quanto à pertinência dos objetivos, métodos e resultados dos trabalhos ao escopo do presente estudo.

3. Resultados e discussão

Os artigos selecionados foram publicados entre 2007 e 2014, coincidindo com a publicação das portarias MS/GM nº 648/2006 e MS/GM nº 2.488/2011, que estabeleciam normas de apoio e estimulação à implantação da ESF em todo o território nacional, com vistas à reorientação, consolidação e qualificação da atenção básica. De acordo com as portarias, a ESF deveria ser organizada para: trabalho transdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; discussões coletivas para planejamento e avaliação do trabalho; acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; participação no planejamento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2006, 2011).

No mesmo período, a profissão do ACS regulamentava-se pela Lei nº 11.350/2006,

que estabelecia como atividades inerentes à profissão: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; realização de visitas domiciliares; registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, visando ao controle e planejamento das ações de saúde; estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; participação em ações integradas entre o setor saúde e outras políticas, tendo como foco a qualidade de vida da população. Além disso, de acordo com essa lei, o vínculo entre o profissional e a esfera municipal deveria ser direto, através de processo seletivo público de provas ou de prova de títulos, proibindo a contratação temporária ou terceirizada desses profissionais, com exceção de períodos de surtos endêmicos (BRASIL, 2006).

Do total de artigos selecionados, 14 tinham base metodológica qualitativa, 3 quantitativa e 1 apresentava abordagem quantitativa e qualitativa. As metodologias utilizadas variaram entre os artigos. A TAB. 1 sintetiza os objetivos, a abordagem, a metodologia e os principais resultados dos artigos selecionados para a pesquisa.

Tabela 1: Artigos selecionados para a pesquisa

Título	Ano	Objetivo	Abordagem	Metodologia	Principais resultados
O Agente Comunitário de Saúde como Morador, Trabalhador e Usuário em São Carlos, São Paulo	2014	Abordar alguns aspectos da vida dos ACS do município de São Carlos, São Paulo.	Qualitativa	Entrevista semiestruturada e análise de conteúdo.	De acordo com a pesquisa, a aproximação com a realidade estudada possibilitou perceber o Agente Comunitário de Saúde para além da dimensão trabalho, e destacar os aspectos que o particularizam e diferenciam dos demais profissionais do Sistema Único de Saúde, a saber: ser trabalhador, morador e usuário.
Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família	2007	Investigar as representações e as significações que o ACS possui acerca das vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho.	Qualitativa	Entrevista semiestruturada e análise hermenêutica.	De acordo com a pesquisa, existe uma importante vulnerabilidade ao sofrimento do ACS, gerada principalmente pela idealização da própria prática e pela escassa perspectiva de rearranjo dos ingredientes constitutivos da organização do trabalho.

Título	Ano	Objetivo	Abordagem	Metodologia	Principais resultados
O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho	2007	Analisar aspectos que podem relacionar-se ao desencadeamento de sofrimento psíquico do ACS.	Qualitativa	Grupo de conversa e análise do discurso.	De acordo com a pesquisa, há situações que caracterizam a sobrecarga de trabalho do ACS. Duas consequências foram apontadas: a perda das especificidades da profissão, o que parece levar ao desvirtuamento das atribuições profissionais, e a insalubridade das condições e relações de trabalho.
Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo	2012	Identificar as situações geradoras de prazer-sofrimento no trabalho do ACS de um município do Rio Grande do Sul/Brasil.	Qualitativa	Grupo focal e análise de conteúdo temática.	De acordo com o estudo, as situações geradoras de sofrimento foram: deficiências nos serviços de saúde; desconhecimento das funções; falta de reconhecimento; o sofrimento de trabalhar em equipe; a obrigatoriedade de morar e trabalhar no mesmo local; convivência e envolvimento com os problemas sociais da comunidade e a exposição à violência, resultando em medo.
Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites	2012	Conhecer e analisar o processo de trabalho do ACS de um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul.	Qualitativa	Entrevista semiestruturada e análise de conteúdo.	Os resultados evidenciaram a necessidade de reorganização do processo de trabalho desses profissionais, com maior investimento na formação e instrumentalização, por meio da adoção da política de educação permanente.
Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde	2013	Analisar a associação dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, comportamentos de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida do ACS do município de Jequié, Bahia.	Quantitativa	Estudo transversal, com utilização de método estatístico (WHOQOL-Bref).	Os resultados possibilitaram realizar um diagnóstico acerca das necessidades específicas dos ACS, detectando problemas significativos que prejudicam a qualidade de vida desses trabalhadores.
Agente Comunitário de Saúde: percepções na estratégia Saúde da Família	2009	Compreender o significado de ser ACS em um Programa Saúde da Família.	Qualitativa	Abordagem fenomenológica.	A pesquisa evidenciou que os ACS têm conhecimento e consciência do seu papel dentro da equipe multiprofissional; sentem-se despreparados para exercer todas as suas atribuições; desvalorizados em relação à comunidade e a outros membros da equipe. Percebem os riscos ocupacionais da profissão e a falta de ações para minimização destes, além da baixa remuneração.

Título	Ano	Objetivo	Abordagem	Metodologia	Principais resultados
Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática	2011	Analisar a manifestação de <i>burnout</i> em ACS a partir da literatura revisada, dando ênfase a aspectos de sua formação e prática.	Qualitativa	Revisão de literatura.	De acordo com o estudo, importantes fontes de estresse ocupacional foram: a função de elo entre serviço e comunidade exercida por este profissional, a proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território. Foi averiguado também que a formação do agente, no que tange aos conhecimentos humano-sociais, é ainda insuficiente.
O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida	2010	Investigar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos ACS que atuam na região sul do município de Londrina, no estado do Paraná, Brasil, em 2009.	Qualitativa	Estudo transversal descritivo.	De acordo com os achados, as condições de trabalho eram precárias e produtoras de sofrimento e, além disso, os ACS recebiam baixa remuneração.
Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo Agente Comunitário de Saúde	2009	Discutir o processo de construção e manutenção da credibilidade dos agentes nas relações com a comunidade e os fatores subjetivos resultantes da congruência entre morar e trabalhar.	Qualitativa	Pesquisa-ação, com abordagem da Psicodinâmica do Trabalho.	De acordo com os achados, constatou-se que os agentes vivenciavam constrangimentos no trabalho decorrentes de pertencerem à mesma comunidade na qual desempenham seu papel profissional, e que o funcionamento do PSF e a precariedade dos demais níveis do sistema de saúde são fonte de sofrimento adicional.
Estressores laborais em Agentes Comunitários de Saúde	2014	Verificar a ocorrência do estresse laboral em ACS da cidade de Aracaju (SE).	Quantitativa	Estudo tipo <i>survey</i> .	A relação de trabalho com as gerências foi apontada como principal fonte de estresse, sendo considerado muito estressante trabalhar com gestores cuja liderança é autoritária, sem autonomia, desmotivada, estressada e/ou despreparada para a função. Já a relação com outros ACS e usuários não foi considerada estressante.
Dor musculoesquelética e qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde	2012	Avaliar o impacto da dor musculoesquelética (DME) na qualidade de vida (QV) do ACS do município de Jequié, Bahia, Brasil.	Quantitativa	Estudo descritivo-analítico com corte transversal tipo censo.	Os resultados demonstram que os ACS do município de Jequié/BA apresentaram uma elevada ocorrência de DME quando comparados a outras categorias profissionais, indicando achados preocupantes, uma vez que os distúrbios musculoesqueléticos representam um importante risco ocupacional.

Título	Ano	Objetivo	Abordagem	Metodologia	Principais resultados
Ser Agente Comunitário de Saúde: motivação e significado	2010	Caracterizar o perfil do ACS das unidades de atenção básica à saúde do município de Marília/SP e analisar os motivos e o significado de ser ACS.	Quantitativa e quantitativa	Aplicação de questionário, entrevista e análise de conteúdo.	De acordo com o estudo, o desemprego, a busca de outra área para atuação e o desejo de ajudar o outro foram os motivos de se tornarem ACSs. Quanto ao significado, constatou-se a interlocução e o vínculo, a possibilidade de ajuda, a orientação e o estímulo à autonomia, além de ações assistencialistas. Conclui-se que há necessidade de que as atribuições do ACS sejam definidas e aprimoradas.
O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama	2011	Identificar as práticas das agentes em Uruburetama (CE).	Qualitativa	Entrevista e observação participante.	Os achados apontaram que as agentes de saúde precisam ser mais capacitadas para desenvolver suas atividades; não têm a compreensão mais ampla dos problemas vivenciados pela comunidade e lhes falta maior apoio no PSF. Aponta-se a necessidade de reforçar a capacitação da agente de saúde, mas prioritariamente fortalecer sua ação como educadora popular em saúde.
Avaliação de riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo	2008	Descrever e analisar o processo metodológico de desenvolvimento de um instrumento para avaliação de riscos no trabalho do ACS.	Qualitativa	Pesquisa-ação e observação participante.	A pesquisa evidenciou que, na perspectiva das condições de trabalho do ACS, interessa à enfermagem que o mesmo se dê num contexto de fortalecimento de práticas transformadoras, ao mesmo tempo em que se reconhece o ACS como sujeito relevante nesse processo.
O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento	2009	Identificar, através das percepções dos ACS, eventos que provocam sobrecarga e como lidam com eles.	Qualitativa	Entrevista semiestruturada e análise de conteúdo.	De acordo com os achados as situações estressoras foram categorizadas em: condições de trabalho; questões salariais; gênero; interface família-trabalho; carga emocional. As estratégias de enfrentamento foram agrupadas em categorias focalizadas na emoção e no problema. Acredita-se que, ao identificar situações estressoras, os ACS estão sinalizando sentimentos de incômodo em relação às mesmas e também soluções para o planejamento de suas atividades, preparo e capacitação.

Título	Ano	Objetivo	Abordagem	Metodologia	Principais resultados
Formas de adoecimento pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de gerenciamento	2012	Identificar formas de adoecimento pelo trabalho do ACS e as estratégias utilizadas por estes profissionais para gerenciá-las ou preveni-las.	Qualitativa	Revisão integrativa.	Os resultados da pesquisa revelam ser importante a revisão do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, com destaque para doenças ocupacionais implicando na elaboração de estratégias de gerenciamento, bem como incentivando os trabalhadores a refletirem sobre sua prática e segurança no trabalho.
O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em evidência: uma análise com foco na atividade	2013	Analisar os processos de trabalho do ACS que atuam na ESF Ilha das Caieiras, situada numa região periférica de uma capital do Sudeste do Brasil.	Qualitativa	Análise documental, cartografia e entrevista.	De acordo com a pesquisa construção social do território abrangido pela ESF influencia sobremaneira o trabalho dos ACS e a produção de saúde da população. Há muitas variabilidades a serem geridas e, as condições de realização desse serviço são particularizadas pelo contexto socioeconômico, o que demanda “usos de si” no trabalho vivo e em atividade dos ACS.

Fonte: Dados da pesquisa.

Durante a análise do material não foram identificados quaisquer tipos de oposições ou conflitos nos achados dos artigos que pudessem gerar questionamentos ou, ainda, representar contradições no material selecionado.

Na leitura e análise dos artigos foi possível perceber o predomínio de problemas relacionados às condições de trabalho do ACS. A partir dessa constatação, os problemas foram, então, classificados em grandes temas. Procurou-se garantir que os temas fossem: a) homogêneos, obtidos a partir do mesmo princípio; b) exaustivos, esgotando todo o material analisado e garantindo a existência de significados comuns entre os elementos; c) exclusivos, impedindo a classificação de elementos em outros temas. Assim, os problemas identificados foram divididos nos temas: *trabalho, relacionamento, saúde e formação*.

Assim, o tema *trabalho* compreendeu a discussão sobre *função, remuneração, autonomia profissional, equipamento para o trabalho e forma de contratação* do ACS. O tema *relacionamento* abordou a discussão sobre

usuário e equipe. O tema *saúde* compreendeu os *aspectos emocionais e físicos* do ACS. Por fim, o tema *formação* apresentou a discussão sobre a *capacitação para o trabalho*.

3.1 Tema Trabalho

Os estudos apontaram que, de maneira geral, o ACS possui uma sobrecarga das tarefas desenvolvidas, além de pouca clareza em relação àquelas que, de fato, são de sua competência. Outra questão diz respeito ao desvio de sua função específica para realização de tarefas administrativas no serviço de saúde.

Segundo Nunes *et al.* (2002), a inclusão do ACS na ESF trouxe um aumento significativo de trabalho e responsabilidade para este profissional, contudo isso não foi percebido nos seus ganhos salariais, o que pode gerar expectativa e frustração para esses profissionais. Cabe aqui, destacar a Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, que trata, entre outros assuntos, do piso salarial do ACS, com definição de um valor mínimo para o vencimento, considerando uma jornada de trabalho

de 40 horas semanais. Tal normatização, sem dúvida, representa uma importante conquista para a categoria desses trabalhadores (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, para o ACS, o baixo salário recebido e formas indiretas de contratação, como a contratação terceirizada, por exemplo, representam a falta de reconhecimento da profissão pelo poder público e de precariedade do seu trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SOUZA; FREITAS, 2011).

A realização frequente de atividades que vão além do trabalho preconizado para o ACS, como trabalhos administrativos, controle de animais de rua, inspeção de caixas d'água, entre outras, são fatores relacionados à sobrecarga de trabalho destes profissionais. A realização de atividades burocráticas na ESF pode comprometer a *assistência prestada* pelo ACS à população devido à falta de tempo para realização das tarefas que, de fato, são inerentes à profissão, como por exemplo, a visita domiciliar (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2009; COSTA; FERREIRA, 2011; FERRAZ; AERTS, 2005).

Outro ponto desgastante no trabalho do ACS refere-se à falta de equipamentos para o trabalho externo de visita às famílias, como capa de chuva e protetor solar (BRAND *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Sobrecarga de tarefas, desvio de função, aumento de trabalho, baixos salários, falta de equipamentos de uso pessoal, entre outros, são questões que, ainda que de maneira diferenciada, podem impactar no trabalho do ACS, seja devido a problemas na organização dos serviços, seja pela falta de estrutura ou de condições adequadas para o desempenho de suas atividades e oferta de um trabalho de qualidade à população.

3.2 Tema *Relacionamento*

De acordo com o levantamento, questões de gênero podem limitar o trabalho do ACS, devido à dificuldade na abordagem do sexo oposto (ROSA *et al.*, 2012).

Os estudos apontaram, ainda, que para o ACS os usuários geralmente não conseguem compreender os limites relacionados ao local

e horário do seu trabalho, comprometendo sua vida particular (NASCIMENTO; DAVID, 2008; JARDIM; LANCMAN, 2009; LOPES *et al.*, 2012). Além disso, os profissionais queixam-se de certa resistência, por parte da população, quanto às orientações em saúde por eles prestadas (BINDA *et al.*, 2013). Fatores como a falta de diálogo e de reconhecimento por parte ESF também foram mencionados (ROSA *et al.*, 2012; LOPES *et al.*, 2012; BINDA *et al.*, 2013).

Para o ACS, a necessidade de construção de vínculo com a comunidade constitui-se necessidade primordial para o bom desempenho do seu trabalho. Contudo, essa relação nem sempre acontece de forma harmoniosa.

A falta de confiança da comunidade no trabalho do ACS representa um fator limitador de seu trabalho, pois diante dessas condições, o profissional encontra-se impedido de realizar parte de suas atividades, principalmente quando se trata das visitas domiciliares (LEVY *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Situações de constrangimento são recorrentes na profissão. Isto pode acontecer quando a comunidade não entende as limitações do ACS para resolver as suas demandas e o culpabiliza pelas lacunas existentes nos serviços de saúde (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2009; SOUZA; FREITAS, 2011).

Outras vezes, o fato de a comunidade reconhecer e confiar em seu trabalho pode fazer com que a relação entre profissional e usuário se estenda para além do horário de trabalho, incluindo até finais de semana, uma vez que o ACS reside e convive, diariamente com a mesma comunidade que trabalha (MENDES; CEOTTO, 2011; SOUZA; FREITAS, 2011).

Além disso, entraves para criação de vínculo entre profissional e usuário de gêneros diferentes são discutidos no trabalho de Rosa e colaboradores (2012), que aponta para situações de constrangimento e pouca liberdade nos contatos estabelecidos.

Em relação à equipe de saúde, ao ser incorporado a ESF, o ACS deparou-se com a necessidade de desenvolver o seu trabalho

junto com uma equipe composta por diversos profissionais. Esse impacto vivenciado pelo ACS trouxe conflitos com relação ao seu valor nesse novo contexto. O estudo de Souza e Freitas (2011) discorre que, frequentemente, o ACS percebe que os outros profissionais, com maior qualificação técnica, não valorizam o seu trabalho dentro da ESF.

Segundo Galavote *et al.* (2011), a valorização social do trabalho dos outros profissionais da ESF em detrimento do ACS, faz com que ele se sinta fracassado, inibindo o acesso, a troca e o diálogo com os demais integrantes da equipe.

Acredita-se que a desvalorização do ACS, frente aos demais profissionais da ESF, possa ser decorrente da dicotomia existente entre o saber biomédico e o saber popular. As particularidades do perfil do ACS, destacando-se o menor grau de exigência em termos de formação acadêmica, hierarquizam as relações, fazendo com que o ACS encontre dificuldades para se posicionar com o mesmo valor igualitário dentro da equipe (ROCHA *et al.*, 2013).

3.3 Tema Saúde

Os trabalhos analisados apontam para sentimentos de angústia, frustração, sofrimento e impotência do ACS no desenvolvimento de atividades que extrapolam sua capacidade de resolução, ou que dependam de outros profissionais ou serviços (MARTINES; CHAVES, 2007; JARDIM; LANCMAN, 2009; LOPES *et al.*, 2012). Uma alta exposição do ACS a fatores de riscos físicos e biológicos também fez parte das evidências encontradas, configurando-se como potenciais desencadeadores de eventos patológicos nesse profissional (NASCIMENTO; DAVID, 2008).

De acordo com Dejours (1992), o trabalho, quando se encontra mal-organizado, pode contribuir para o adoecimento psíquico do trabalhador. Além disso, conhecer a situação de vulnerabilidade de algumas famílias pode, da mesma maneira, desencadear sentimentos de sofrimento e impotência para o profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Certamente, as questões relacionadas ao fator psicológico afetam a saúde de diversas

classes de trabalhadores. Porém, o fato do ACS trabalhar e vivenciar problemas de dentro e de fora dos muros da ESF torna essas questões mais latentes (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Nascimento e David (2008) explicam que, mesmo sabendo que não faz parte de suas atribuições, o ACS não consegue se recusar a realizar certos procedimentos que o colocam em contato direto com situações geradoras de risco de contaminação com fluidos corpóreos, agentes patógenos, entre outros. Neste sentido, vale lembrar que, ao contrário dos outros profissionais de saúde, o ACS, devido à ausência de capacitação prévia para o trabalho, fica desprovido de conhecimento sistematizado para refletir a respeito do modo de agir diante de atividades que podem representar riscos à sua saúde ou, ainda, daquelas que não são de sua responsabilidade (LUCENA, 2013).

3.4 Tema Formação

De acordo com os estudos analisados, o processo de qualificação do ACS tem se mostrado incipiente frente ao excesso de ações que lhe são atribuídas. Assim, o conhecimento que esses profissionais detêm para o exercício de seu trabalho, em muitos casos, não atende ao que é necessário, quer seja na assistência ao indivíduo, ou ainda no desenvolvimento de ações educativas para a população.

Considerando, ainda, o fato de que o ACS é o único profissional da ESF sem formação prévia em saúde, a ausência de uma formação contínua e sistematizada para esse profissional é um problema ainda mais latente quando comparado a outros profissionais, com formação e conhecimento prévio no campo da saúde, e que, portanto, possuem maior capacidade de tomada de decisão frente a situações diversas e inesperadas no cotidiano do trabalho em saúde.

Pensar na formação do ACS suscita questionamentos relacionados às suas atribuições: como dar conta de ser elo entre o serviço de saúde e comunidade? Como ser capaz de desenvolver trabalhos de vigilância, promoção e educação em saúde se, anteriormente, não foi preparado para tal?

Tomaz (2002) corrobora essas questões ao considerar que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e ainda não é suficiente para desenvolver as competências que o profissional necessita para desempenhar as suas atribuições.

Bachilli e colaboradores (2008) também destacam que o processo de capacitação para o ACS, frequentemente, apresenta insuficiência e inadequação de conteúdos, e não valoriza as vivências e experiências de trabalho. Desse modo, ao não considerar o contexto das práticas do ACS, a formação ofertada pode apresentar lacunas no processo de conhecimento e de construção do seu papel.

No estudo de Brigagão e Gonçalves (2009), o tema *capacitação* foi identificado como um dos pontos prioritários pelo ACS para ser incluído na agenda da associação que representa a categoria.

Morosini e colaboradores (2007) reconhecem que o trabalho do ACS, pelo envolvimento com o contexto de vida dos grupos que acompanha, demanda saberes que vão além do campo da saúde, envolvendo dimensões políticas, históricas, sociais, culturais, econômicas e religiosas. Para isso, é necessário incluir essas discussões na formação do ACS, contribuindo para uma visão mais ampliada, que compreenda os determinantes sociais como fundamentais dos níveis de saúde e de qualidade de vida das pessoas.

4. Conclusão

Ao longo deste estudo, procuramos identificar os fatores que permeiam as condições de trabalho do ACS e que podem influenciar de maneira insatisfatória o desempenho de suas funções.

Quando se pensa no trabalho do ACS dentro da perspectiva da ESF, espera-se que este profissional seja capaz de promover transformações significantes junto às famílias e comunidades onde trabalha. No entanto, a análise dos dados mostrou que o cenário de trabalho e a falta de clareza nas atribuições da função, muitas vezes, impedem que o ACS possa desenvolver suas ações de forma efetiva, podendo não

corresponder ao que é preconizado pelas políticas públicas de saúde e, também, ao que é esperado pela população.

Desse modo, consideramos ser pertinente e necessária uma abordagem que desperte reflexões sobre o cotidiano de trabalho do ACS, apontando para os problemas relacionados à organização do trabalho, formação, vínculo com os usuários e, ainda, aqueles relacionados à sua própria saúde.

A inclusão apenas de artigos científicos e em língua portuguesa pode ter limitado o estudo, deixando à margem outras fontes de dados relevantes que poderiam contribuir para a análise e discussão das condições de trabalho desses profissionais. Além disso, o curto período de tempo disponível para a realização do estudo também não permitiu uma seleção mais abrangente, com inclusão de outros tipos de trabalho que fornecessem ainda mais subsídios para a pesquisa.

Embora todas as questões aqui destacadas necessitem de uma discussão mais ampla nos espaços institucionais que planejam e executam as políticas do SUS, inferimos que os problemas relacionados à capacitação demandam maior atenção, uma vez que um modelo de formação adequado e de qualidade, além de permitir a aquisição de competências técnicas, contribui para maior reflexão e transformação do contexto de vida e trabalho do profissional.

Entende-se como formação de qualidade aquela que prioriza e permite a interlocução entre aportes teóricos e a prática desenvolvida nos serviços, bem como aquela que estimula e mobiliza o profissional a uma visão crítica diante da realidade vivida. Essa aposta compreende a superação do modelo tradicional de educação, que se preocupa mais com a transmissão de conteúdos e informações, e perpassa pela inclusão de uma abordagem dialógica e problematizadora, em que diferentes saberes contribuem para a compreensão mais ampla dos problemas e, conseqüentemente, para a proposição de intervenções com efetiva capacidade de transformação da realidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Assim sendo, o próprio ACS poderia encontrar melhores articulações e estratégias para potencializar a busca da superação das dificuldades que emergem do seu cotidiano de trabalho.

Esperamos que os resultados dessa pesquisa possam oferecer subsídios para formulação de processos educativos voltados para o ACS, uma vez que, ao planejar ações

educativas, é preciso considerar as vivências daqueles que se pretende educar.

Colaboração dos autores: Juracy Xavier de Oliveira responsabilizou-se pela análise e interpretação dos dados e pela redação do artigo. Danielle Costa Silveira responsabilizou-se pela análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada.

5. Referências

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, C. R.; **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde:** caderno de textos. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais – Nescon/UFGM, 2012. p.13.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

_____. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p.159-168, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/2067/2360>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, J. A.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100010-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010. 288 p.

BINDA, H.; BIANCO, M. F.; SOUZA, E. M. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 15, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17143/11285>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n. 51, de 14 de fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 07 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#acs>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BRIGAGÃO, J. I. M.; GONÇALVES, R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 44, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

CAMELO, S. E. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de gerenciamento. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, n. 20, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a19.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de tensão à saúde. In: _____. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 2007. p.69-103.

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300007>. Acesso em: 07 jun. 2017.

COSTA, M. C. *et al.* Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

DEJOURS, C. D. A **Loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2 abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p.117-121, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

GALAVOTE, H. S. *et al.* Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 46, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n46/aop2213.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 28, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jun. 2017.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores a saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-2004000100036X&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

LOPES, D. M. Q. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm., USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

LUCENA, F. S. O que pode um Agente Comunitário de Saúde? Processos de trabalho em saúde mental na Atenção Básica. 2013. 162 p. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11082014-103212/en.php>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D. S.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MARTINES, R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm., USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300012-&lng=en&nrm-iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, mai. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500023-&lng=en&nrm-iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MENDES, F. M. S.; CEOTTO, E. C. Relato de intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O Agente Comunitário de Saúde como Morador, Trabalhador e Usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MOROSINI, M. V.; COBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional trabalho. **Educação e saúde**, v. 5 n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n2/05.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação de riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo. **Rev. Enferm., UERJ**, Rio de Janeiro, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1639-1646, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-2002000600018X&lng=en&nrm-iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 12, n. 1, p.28-36, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

ROCHA, N. H. N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P. D. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p.847-857, dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400007-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

ROSA, J. R.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.141-152, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/14.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: percepções na estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 14, n. 4, p.645-652, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16377/10858>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SANTOS, I. E. R; VARGAS, M. M.; REIS, F. P. Estressores laborais em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 35, n. 1, p.96-109, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n1/a2100.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, p.84-87, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jun. 2017.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p.327-339, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun, 2017.

VILELA, R. A. G; SILVA, R. C.; FILHO, J. M. J. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p.289-302, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200011>. Acesso em: 07 jun. 2017.

WAIL, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do Agente comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm., UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.563-568, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos diabéticos de Minas Gerais em 2011

Sociodemographic Profile and Health conditions of the Elderly Diabetics in Minas Gerais in 2011

Mirela Castro Santos Camargos¹
Paloma Rodrigues da Silva²
Wanderson Costa Bomfim³
Karla Rona da Silva⁴
Keli Bahia Felicíssimo Zocrato⁵

¹ Docente do curso de
Gestão de Serviços de
Saúde, UFMG
mirelacsc@gmail.com

² Prefeitura Municipal
de Belo Horizonte

³ Mestrando da
Universidade Federal
de Minas Gerais

⁴ Docente do curso de
Gestão de Serviços de
Saúde, UFMG

⁵ Docente do curso de
Gestão de Serviços de
Saúde, UFMG

RESUMO: O Diabetes destaca-se como importante fator de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil sociodemográfico e de saúde da população idosa diabética de Minas Gerais. Foram utilizados dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Geras (PAD-MG) de 2011. Os dados foram analisados utilizando o *software* SPSS versão 19.0 e as análises apresentadas de forma descritiva. Em 2011, 18,3% dos idosos relataram ser diabéticos. Entre esses, a maior parte era do sexo feminino (61,9%), casados (48,4%) e possuía renda média de 1,7 salário mínimo. A maioria dos idosos diabéticos avaliou sua saúde como regular (54,8%). Quanto à alimentação, 61,4% consomem frutas, verduras e legumes todos os dias, 92,0% carne vermelha, 95,2% carne de frango e 63,7% consomem leite integral.
Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Doença crônica. Saúde do idoso.

ABSTRACT: Diabetes is considered as an important factor of morbidity and mortality, especially among the elderly. The aim of this study was to describe the sociodemographic and health profile of diabetic elderly population of Minas Gerais, Brazil. Research data were used by Household Sampling of Minas Gerais (HS-MG) 2011. The data were analyzed using SPSS version 19.0 and the analyses were presented descriptively. In 2011, 18.3% of elderly reported being diabetic. Among these, most were female (61.9%), married (48.4%) and had an average income of 1.7 minimum wage. The majority of elderly diabetic assessed their health as regular (54.8%). As for food, 61.4 % consume fruits and vegetables every day, 92.0% red meat, 95.2% chicken and 63.7 % consume whole milk.
Keywords: Diabetes Mellitus. Chronic Disease. Health of the Elderly.

1. Introdução

O envelhecimento populacional já não é tido como novidade e é considerado uma das mais significativas tendências do século XXI (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). No Brasil e em outros países em desenvolvimento, o fenômeno do envelhecimento ocorreu principalmente nas últimas quatro décadas, ocorrendo de maneira bastante acelerada. Atualmente, o crescimento da população idosa é superior ao crescimento populacional geral do país (KÜCHEMANN, 2012).

O tema “envelhecimento populacional” é bastante discutido, principalmente na área de políticas de saúde pública (GUERRA; CALDAS, 2010). O processo de envelhecimento é fruto de mudanças demográficas decorrentes de quedas nas taxas de fecundidade e de mortalidade, atrelado ao desenvolvimento urbano e tecnológico (CARVALHO *et al.*, 2014). Se, por um lado, existe um aumento na proporção de idosos decorrente da redução nas taxas de fecundidade, por outro, observa-se um aumento da longevidade devido à queda nas taxas de mortalidade. O fato de a população viver mais está atrelado à prevalência cada vez maior das chamadas doenças crônicas, que já se tornaram a principal causa de óbito do país (PIMENTA *et al.*, 2015).

Envelhecer não é necessariamente sinônimo de doença, contudo nas idades mais avançadas há uma probabilidade maior de desenvolvimento de doenças, principalmente crônicas não transmissíveis, quando comparadas às faixas etárias mais jovens (TAVARES; DRUMOND; PEREIRA, 2008). Dessa forma, o crescimento na proporção de idosos na população se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento na utilização de serviços de saúde (PIMENTA *et al.*, 2015).

Entre as principais doenças crônicas não transmissíveis, o Diabetes Mellitus se destaca como importante fator de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos (FRANCISCO *et al.*, 2010). Essa patologia é um fator preponderante para uma qualidade

de vida pior do indivíduo enfermo, e, além disso, representa um oneroso problema para aqueles que são afetados e para o sistema de saúde. São custos econômicos e sociais elevados e que tornam essa doença um grave problema, que necessita cada vez mais de atenção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

No Brasil, em 2013, a prevalência do Diabetes foi de 14,5% para idosos de 60 a 64 anos. A doença é ainda mais prevalente entre idosos de 65 a 74 anos, com prevalência de 19,9%, sendo mais prevalente na população feminina (ISER *et al.*, 2015). Há uma tendência de aumento da incidência dessa patologia devido à proporção maior de idosos e às mudanças comportamentais, por exemplo, uma população com piores hábitos alimentares, práticas de atividade físicas infrequentes e maiores taxas de obesidade, que favorecem o desenvolvimento tanto do Diabetes quanto de outras doenças crônicas não transmissíveis (LOPES, 2013).

Quanto ao diagnóstico do Diabetes, é fundamental que seja realizado precocemente, pois esse fator pode evitar complicações futuras, como o aparecimento de outras patologias ou até mesmo agravamento da doença (VIEIRA-SANTOS *et al.*, 2008). O Diabetes é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, que são as principais causas de mortalidade no mundo, e pode acarretar sérias limitações, tais como cegueira e amputações (MENDES, 2011).

Tendo em vista a prevalência cada vez maior de Diabetes, torna-se necessária a criação de medidas preventivas, de promoção de saúde e de controle da doença, utilizando-se das informações sociodemográficas da população, pois é por meio desse mapeamento populacional, hábitos de vida da população, renda, utilização dos serviços de saúde, entre outros, que tais medidas podem ser criadas de forma efetiva, visando a melhores condições de saúde para os idosos, para que possam ter uma vida mais saudável e ativa (LIMA; PEREIRA; ROMANO, 2011).

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi traçar o perfil sociodemográfico

e de saúde da população idosa diabética de Minas Gerais, utilizando para tal os dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG) de 2011.

2. Metodologia

Este artigo trata-se de um estudo transversal com análise descritiva, por meio dos dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG) de 2011. A escolha pelo ano de 2011 se justifica pela possibilidade de se empregar dados referentes aos hábitos de vida saudável, disponíveis no questionário daquele ano.

A PAD-MG é realizada pela Fundação João Pinheiro e baseada em uma amostra de 18 mil domicílios distribuídos nas dez regiões de planejamento do estado e na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A PAD-MG coleta, a cada dois anos, informações sobre saúde, educação, trabalho, renda e benefícios, entre outros temas, além das características das residências e dos indivíduos. Os dados servem de base para a construção de um desenho da realidade social, econômica e cultural da população mineira, orientando o direcionamento de esforços e recursos específicos para as diferentes regiões do estado (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2011).

Para o presente estudo, inicialmente, foi construído um banco de dados com informações referentes aos idosos diabéticos, ou seja, pessoas acima de 60 anos que declararam que algum médico ou profissional de saúde disseram que elas possuem Diabetes.

As variáveis analisadas foram: sexo; idade; estado civil; renda média mensal; estado civil; autoavaliação do estado de saúde; cobertura de plano ou seguro de saúde; gastos com medicamentos; prática de atividade física nos últimos 90 dias; atendimento médico nos últimos 30 dias; internação no último ano; tabagismo; última vez da realização de exame de glicose; orientação nutricional; consumo de frutas, legumes ou verduras; retirada da parte gordurosa da carne; presença de outras doenças crônicas.

Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS, versão 19.0.

3. Resultados

Em 2011, a população idosa de Minas Gerais era composta por 2.302.341 pessoas, entre as quais, 18,3% relataram ser diabéticas. As análises a seguir foram realizadas para a população acima de 60 anos com Diabetes autorreferido, ou seja, 422.303 indivíduos.

Entre os idosos diabéticos, 61,9% era do sexo feminino e a maioria estava concentrada na faixa etária de 60 a 79 anos. Quanto ao estado civil, 48,4% eram casados e 37,2% viúvos (TAB. 1).

Em julho de 2011, a renda média dos idosos diabéticos correspondia a 1,7 salário mínimo (SM) na época. O gasto médio com medicamentos de uso contínuo (não necessariamente medicamentos relacionados ao Diabetes), nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi de 14,9% do SM. Já com medicamentos de uso ocasional foi de 3,2% do SM. Infelizmente, a pesquisa não permite apurar quanto era gasto exclusivamente com o tratamento do Diabetes.

Tabela 1: Características sociodemográficas da população idosa diabética de Minas Gerais, 2011

Características sociodemográficas	%
Sexo	
Masculino	61,9
Feminino	38,1
Idade	
60 a 79 anos	85,1
80 anos e mais	14,9
Estado Civil	
Casado(a)	48,4
Divorciado(a)	6,5
Viúvo(a)	37,2
Solteiro(a)	7,9
Renda (Em Salário Mínimo)	1,7
Gasto Médio com Medicamentos (Em Salário Mínimo)	
Uso contínuo	14,9
Uso ocasional	3,2

Fonte: PAD-MG, 2011.

Entre os idosos diabéticos, 39,6% afirmaram ter sentido mal, apresentando algum sintoma nos 30 dias anteriores à realização da

pesquisa. Aproximadamente 37% dos idosos declararam que precisaram e procuraram atendimento médico ou de saúde nos últimos 30 dias. Já 6,1% desses idosos precisaram e não procuraram atendimento médico ou de saúde nos últimos 30 dias. Em caso de internação, 15,9% foram internados no último ano. Quanto à posse de plano ou seguro de saúde, 26,4% se declararam cobertos (TAB. 2).

Em relação à presença de outras doenças crônicas, 11,6% dos idosos diabéticos não possuíam as demais enfermidades investigadas na pesquisa, 32% apresentavam mais uma patologia crônica, 24,5% relataram duas enfermidades crônicas e 31,9% mencionaram três ou mais doenças crônicas além do Diabetes.

Tabela 2: Características de saúde da população idosa diabética de Minas Gerais, 2011

Características de Saúde	%
Sentiu-se mal apresentando sintoma nos últimos 30 dias	
Sim	39,6
Não	60,4
Procurou ou precisou de atendimento médico de saúde nos últimos 30 dias	
Não	56,5
Precisou e procurou	37,4
Precisou e não procurou	6,1
Internação no último ano	
Sim	15,9
Não	84,1
Possui plano de saúde	
Sim	26,4
Não	73,6
Autopercepção de saúde	
Muito bom/bom	27,8
Regular	54,8
Ruim/Muito Ruim	17,4
Outras doenças crônicas*	
Não	11,6
Uma	32,0
Duas	24,5
Três e mais	31,9

Fonte: PAD-MG, 2011.

Nota: *As outras doenças crônicas investigadas na PAD-2011 foram: doenças cardíacas, hipertensão arterial, tuberculose, depressão, insuficiência renal crônica, bronquite ou asma, câncer, artrite ou reumatismo e doença de coluna.

A análise dos dados permitiu observar que apenas 11,5% dos idosos praticavam atividade física de forma suficiente, ou seja, pelo menos 30 minutos diários, três ou mais vezes por semana. Entre os idosos diabéticos de Minas Gerais, 8,2% eram fumantes e 17,4% ex-fumantes (TAB. 3).

Em relação ao consumo de frutas, verduras e legumes, a maioria desses idosos afirmou que consumia de forma adequada (73,2%), ou seja, pelo menos 5 dias por semana. Observa-se também que a maior parte declarou que consumia carne vermelha e frango, e que aproximadamente 70% retiravam a gordura. O consumo de leite também era alto, prevalecendo o de vaca integral (TAB. 3).

Em relação à orientação nutricional, 42,4% dos idosos diabéticos entrevistados disseram que já receberam alguma orientação. Desses idosos que passaram por um aconselhamento nutricional, 39,1% declararam que seguiram totalmente, 48,1% parcialmente e 12,8% não seguiram.

Considerando a última medida de glicose, 89,5% mediram há mais de um ano e 10,5% há menos de um ano (TAB. 3).

Tabela 3: Hábitos de vida saudável entre idosos diabéticos de Minas Gerais, 2011

Variável	%
Prática de atividade física	
Suficiente	11,5
Insuficiente	4,3
Não pratica	84,2
Tabagismo	
Fumante	8,2
Ex-fumante	17,4
Nunca fumou	76,4
Já recebeu orientação nutricional	
Sim	42,4
Não	57,6
Seguiu a orientação nutricional (para aqueles que receberam orientação)	
Totalmente	41,6
Parcialmente	44,8
Não seguiu	13,6

Variável	%
Consumo de frutas, verduras e legumes (FVL)	
<1 dia por semana	2,6
1 a 4 dias por semana	24,2
5 dias por semana	6,4
6 dias por semana	5,4
Todos os dias	61,4
Consumo de carne vermelha	
Sim	92,0
Não	8,0
Retira a gordura da carne vermelha	
Sim	70,0
Não	30,0
Consome Frango	
Sim	95,2
Não	4,8
Retira a gordura do frango	
Sim	70,4
Não	29,6
Consumo de leite	
Sim	87,0
Não	13,0
Tipo do leite	
Integral	63,7
Desnatado	16,7
Semidesnatado	0,8
Outro	5,8
NA	13,0
Última medida de glicose	
<1 ano	89,5
>1 ano	10,5

Fonte: PAD-MG, 2011.

4. Discussão

No Brasil e em Minas Gerais, ocorreu uma alteração no perfil da morbimortalidade, consequência de mudanças demográficas, epidemiológicas, econômicas e culturais. Nesse novo cenário, as doenças crônicas como o Diabetes ganharam espaço na discussão de políticas públicas de saúde, diante da necessidade de se conhecer melhor a população que envelhece (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2011). O presente estudo apresenta o perfil da população idosa diabética de Minas Gerais, ou seja, 422.303 pessoas acima de 60 anos com Diabetes autorreferido.

Considerando a população idosa total, em 2011, Minas Gerais apresentava 18,3% da população acima de 60 anos com Diabetes. Em um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 2008, encontrou-se dados próximos quanto à prevalência dessa enfermidade crônica na população idosa (16,15%), sendo que a prevalência também foi maior para o sexo feminino (BARROS *et al.*, 2011).

De acordo com os dados analisados, podemos observar que os idosos diabéticos de Minas Gerais são, em sua maioria, do sexo feminino. Essa prevalência maior para o sexo feminino pode ser influenciada pelo maior acesso aos serviços de saúde, que geralmente é maior na população feminina, apesar de as transformações hormonais, experimentadas pós-menopausa, favorecerem o desenvolvimento do Diabetes (VIEGAS-PEREIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2008).

A renda média desse grupo populacional era de 1,7 salário mínimo. Não foi objetivo da pesquisa verificar a associação da renda e a prevalência de Diabetes, contudo existem estudos que demonstram tanto a inexistência quanto a existência da associação significativa entre as duas variáveis (FRANCISCO *et al.*, 2010; MENDES, 2011).

A maioria dos idosos investigados são casados. A presença da família no processo de envelhecimento exerce uma importância fundamental na saúde do idoso. Nessa fase da vida há, em muitos casos, uma inversão de papéis no domicílio. O idoso perde seu poder de decisão e sua autonomia, aumentando sua dependência em relação à família. Com isso, a constituição de um ambiente saudável e agradável favorece em uma melhor adaptação do idoso a essa fase da vida (MENDES, 2005). As demais relações sociais, não apenas aquelas exclusivamente relacionadas ao contexto familiar, são importantes fatores na proteção de doenças. A família tem um papel fundamental na manutenção das redes de contatos dos indivíduos idosos, estimulando-os a não se isolarem, pois as interações sociais são influenciadoras do bem-estar e da qualidade de vida dessa população (AREOSA, 2012).

Na população investigada, a autopercepção de saúde foi predominantemente definida como regular. O estudo não estabeleceu a associação entre percepção de saúde e a prevalência de Diabetes, contudo há estudos que demonstram que a presença de doenças crônicas influencia em uma pior percepção de saúde (ARRUDA, 2015).

Para prevenção e controle de doenças crônicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como uma importante prática a realização de atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Para os diabéticos, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda a prática de atividade aeróbica diária, ou pelo menos 3 dias da semana sem permanecer mais de 2 dias sem realizá-la. A duração dos exercícios deve ser planejada para minimizar riscos de hipoglicemia, geralmente sendo necessária a reposição de carboidratos quando a atividade tiver duração maior que 60 minutos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Na análise dos dados, a proporção de idosos que praticavam atividade física de forma suficiente foi baixa, o que é preocupante dado à importância dessa prática para prevenir inclusive as complicações do Diabetes. A inatividade física também pode ser considerada um sério problema de saúde pública, visto que favorece o desenvolvimento de doenças crônicas, as quais, por sua vez, possuem tratamento muito oneroso para o sistema de saúde. Essas consequências poderiam ser evitadas pela prática regular de atividade física (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Do mesmo modo que o atual estudo, um estudo transversal no município de Montes Claros observou que a prática de atividade física de forma ativa pela população idosa é baixa, já que apenas 19,1% dos idosos praticavam de forma satisfatória (FREIRE *et al.*, 2014). Em contrapartida, um estudo realizado com a população idosa de Florianópolis apresentou frequência de atividade física regular de 59% (BENEDETTI *et al.*, 2008). Deve-se ter em mente as diferenças socioeconômicas e de metodologia de pesquisa para explicar essas diferenças.

Outro fator preocupante quando se fala de condições de saúde é o tabagismo, pelo seu potencial de acelerar o processo de envelhecimento. Esse hábito compromete tanto a expectativa quanto a qualidade de vida da população (GOULART, 2010). As informações sobre prevalência de tabagismo apresentam valores próximos ao estudo que utilizou de dados do VIGITEL. Nesse estudo, a prevalência de uso de tabaco foi de 8,1%, para a população idosa acima de 65 anos (BRASIL, 2015). Já uma pesquisa realizada, com dados da PAD-MG de 2011, para população idosa acima de 60 anos de idade, das regiões de planejamento de Minas Gerais, observou prevalência de 11,6% para ambos os sexos (CAMARGOS *et al.*, 2015).

O consumo regular de frutas, verduras e legumes foi estimado tomando como base frequência de 5 ou mais dias da semana. A maioria dos idosos diabéticos de Minas Gerais consome esses alimentos de forma adequada. A alimentação inadequada, devido ao consumo insuficiente de alimentos como frutas, legumes e verduras, bem como à ingestão de alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcares, está diretamente associada com a crescente prevalência de doenças crônicas (NEVES *et al.*, 2012).

Os dados de consumo regular de frutas, verduras e legumes encontrados são superiores aos encontrados nos inquéritos do VIGITEL dos anos de 2012, 2013 e 2014, nos quais as prevalências de consumo regular de frutas, verduras e legumes foram de 46,2%, 47,8% e 47,6%, respectivamente (BRASIL, 2015).

Observou-se que a maioria dos idosos diabéticos consumia carne vermelha (92%) e carne de frango (95,2%), e que a grande maioria retirava a gordura de ambas as carnes. Em estudo realizado com dados da PAD-MG de 2011, sobre prevalência de consumo de carne com excesso de gordura pela população idosa, mostrou uma frequência para consumo de carne vermelha e de frango de 93,4% e 94,1%, respectivamente (CAMARGOS *et al.*, 2015).

Quanto à prevalência de consumo de leite, os dados mostraram um alto percentual de ingestão. Os dados do VIGITEL descrevem que a população mais velha apresenta um percentual de consumo de leite com teor de gordura menor comparado a populações mais novas, como adultos de 18 a 24 anos (60,2%) e de 25 a 34 anos (54%). O percentual de consumo da população acima dos 65 anos de idade foi de 47,8% (BRASIL, 2015).

5. Considerações Finais

O Diabetes é uma doença que afeta diretamente o bem-estar e qualidade de vida da população. O conhecimento da doença, de sua prevalência e dos fatores modificáveis que afetam seu desenvolvimento é fundamental para um controle efetivo da doença (MENEZES *et al.*, 2014). O estudo sobre fatores de risco é uma importante ferramenta no desenvolvimento de políticas públicas de

saúde, de promoção e prevenção que auxiliam no enfrentamento das doenças crônicas (MALTA; SILVA-JUNIOR, 2014).

Finalmente, conclui-se que o conhecimento do perfil da população diabética é fundamental do ponto de vista de saúde pública, e através dele pode-se promover melhorias nos serviços de saúde que evitem o desenvolvimento do Diabetes e de demais doenças crônicas que possam vir a se instalar, uma vez que a presença dessa patologia é um fator de risco. Os resultados apresentados apontam para esses e para novos desafios, e ainda fornecem elementos para reflexão acerca das ações de prevenção e promoção de saúde, passíveis de serem tomadas.

Contribuições dos autores:

Todos os autores contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão e normatização, elaboração do artigo e aprovação da versão final.

6. Referências

- AREOSA, S.V.C. *et al.* Envelhecimento: relações pessoais e familiares. **Barbarói**, Rio Grande do Sul, v.36,(Esp), p.120-132, 2012.
- ARRUDA, G.O. *et al.* Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v.49, n.1, p.61-68, 2015.
- BARROS, M.B.A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3755-3768, 2011.
- BENEDETTI, T.R.B. *et al.* Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.42, n.2, p.302-307, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMARGOS, M.C.S. *et al.* Perfil de saúde de idosos de Minas Gerais: uma análise com dados da PAD-MG de 2011. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, Belo Horizonte, v.3, n.1, p.103-21, 2015.
- CARVALHO, M.H.R. *et al.* Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiol.** Serv. Saúde, Brasília, v.23, n.2, p.347-54, 2014.
- FRANCISCO, P.M.S.B. *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde. Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.175-184, 2010.
- FREIRE, R.S. *et al.* Prática regular de atividade física: estudo de base populacional do Norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. med. esporte**, São Paulo, v.20, n.5, p.345-349, 2014.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Perfil da população idosa de Minas Gerais**. Ano 1, n. 1, maio 2011. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e informações, 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio** (Resumo Executivo). Nova York, 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

GUERRA, A.C.L.; CALDAS, C.P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2931-2940, 2010.

GOULART, D. *et al.* **Tabagismo em idosos**. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.313-320, 2010.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v.25, (Esp), p.37-43, 2011.

ISER, B.P.M. *et al.* Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.4, n.2, p.305-314, 2015.

KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. Estado**, Brasília, v.27, n.1, p.165-180, 2012.

LIMA, A.P.; PEREIRA D.A.G.; ROMANO, V.F. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos diabéticos atendidos na atenção primária. **Rev. bras. ciênc. saúde**, João Pessoa, v.15, n.1, p.36-46, 2011.

LOPES, R.M.F. A diabetes mellitus causa deterioro cognitivo em idosos? Um estudo de revisão. **Av. psicol. Latinoam.**, Bogotá, v.31, n.1, p.131-139, 2013.

MALTA, D.C.; SILVA-JUNIOR, J.B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.3, p.389-395, 2014.

MENDES, M.R.S.S.B. *et al.* **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.4, p.422-426, 2005.

MENDES, T.A.B. *et al.* Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1233-1243, 2011.

MENEZES, T.N. *et al.* **Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba**. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.829-839, 2014.

NEVES, A.C.M. *et al.* Validação de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico em Belém, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2379-2388, 2012.

PIMENTA, F.B. *et al.* **Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p.2489-2498, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016. 348 p.

TAVARES, D.M.S.; DRUMOND, F.R.; PEREIRA, G.A. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.17, n.2, p.342-349, 2008.

VIEGAS-PEREIRA, A.P.F.; RODRIGUES, R.N.; MACHADO, C.J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v.25, n.2, p.365-376, 2008.

VIEIRA-SANTOS, I.S.R. *et al.* **Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005**. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p.2861-2870, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

Primeiro registro da aranha-marrom *Loxosceles amazonica* (Araneae, Sicariidae) no Estado de Minas Gerais, Brasil

First record of the brown-spider *Loxosceles amazonica*
(Araneae, Sicariidae) in Minas Gerais State, Brazil

Adriano Lima Silveira¹

Maria Nelman Antunes de Souza²

¹Fundação Ezequiel Dias
biosilveira@yahoo.
com.br

²Fundação Ezequiel Dias

RESUMO: A aranha-marrom *Loxosceles amazonica* foi reconhecida como de importância médica, sendo provavelmente o principal agente etiológico de loxoscelismo no Nordeste, Norte e Centro-Oeste do Brasil. Há ocorrências da espécie nos estados brasileiros do Amazonas, Pará, Maranhão, Tocantins, Mato Grosso, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Bahia, e se apresenta aqui o primeiro registro em Minas Gerais. Espécimes foram coletados em Janaúba, na região norte do estado, ocorrendo no peridomicílio. Este também é o primeiro registro no Sudeste do Brasil e corresponde ao limite meridional da distribuição geográfica conhecida de *L. amazonica*. A ocorrência sinantrópica ressalta a possibilidade da ocorrência de loxoscelismo no norte de Minas Gerais.

Palavras-chave: *Loxosceles amazonica*. Aranha-marrom. Animais peçonhentos. Distribuição geográfica. Minas Gerais.

ABSTRACT: The brown spider *Loxosceles amazonica* had its medical importance recognized and it is probably the main etiological agent of loxoscelism in the Northeast, North and Midwest regions of Brazil. The species occurs in the Brazilian states of Amazonas, Pará, Maranhão, Tocantins, Mato Grosso, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco and Bahia, and we present here the first record in Minas Gerais. Specimens were collected in Janaúba, the North of state, at the peridomicile. This is also the first record in Southeastern Brazil and corresponds to the southern limit of the known geographic distribution of *L. amazonica*. The synanthropic occurrence highlights the possibility of loxoscelism in the North of Minas Gerais.

Keywords: *Loxosceles amazonica*. Brown spider. Poisonous animals. Geographic distribution. Minas Gerais.

1. Introdução

As espécies de *Loxosceles* Heineken e Lowe, 1835 (Araneae, Sicariidae), conhecidas popularmente como “aranhas-marrons”, são consideradas de grande importância médica e o acidente que causam, o loxoscelismo, corresponde à mais grave forma de araneísmo no Brasil (FUNASA, 2001). Atualmente, são conhecidas 102 espécies de aranhas-marrons, das quais 12 ocorrem em território brasileiro (GONÇALVES-DE-ANDRADE *et al.*, 2012; SILVEIRA, 2015; WORLD SPIDER CATALOG, 2016). As espécies brasileiras tradicionalmente reconhecidas como de maior importância médica são *L. intermedia* Mello-Leitão, 1934, *L. laeta* (Nicolet, 1849), *L. gaucho* Gertsch, 1967, e a maior parte dos acidentes notificados ocorre nas regiões Sul e Sudeste, principalmente no intradomicílio (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA, 2001).

Foi sugerido que *Loxosceles amazonica* Gertsch, 1967, embora ainda pouco estudada, provavelmente seja o principal agente etiológico de loxoscelismo no Nordeste, Norte e Centro-Oeste do Brasil, regiões onde registros de acidentes são escassos (SILVEIRA, 2015). A espécie distribui-se quase que exclusivamente no Brasil (GERTSCH, 1967; SILVEIRA, 2015), também ocorrendo no Peru, no Distrito de Pebas, Departamento de Loreto (DUNCAN *et al.*, 2010). Sua distribuição geográfica foi recentemente revisada, havendo, no Brasil, registros confirmados para a Caatinga, norte do Cerrado, Amazônia e ecossistemas litorâneos, incluindo os estados do Amazonas, Pará, Maranhão, Tocantins, Mato Grosso, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Bahia (SILVEIRA, 2015). Diante da importância médica de *L. amazonica*, novos registros geográficos da espécie são relevantes. No presente trabalho, apresenta-se o primeiro registro de *L. amazonica* no Estado de Minas Gerais, assim como no Sudeste do Brasil.

2. Metodologia

O registro foi obtido na ocasião de uma expedição conduzida pela Fundação Ezequiel

Dias (Funed) no norte de Minas Gerais, em 2014, para coleta de aranhas de importância médica. A identificação taxonômica baseou-se na análise de espécimes sob estereomicroscópio para observação de caracteres diagnósticos, especialmente o epígino das fêmeas e o palpo dos machos, sendo que o epígino exigiu preparação prévia. Foram seguidas as descrições apresentadas por Gertsch (1967). Espécimes-testemunhos foram tombados na Coleção de Aranhas da Funed (Belo Horizonte, MG).

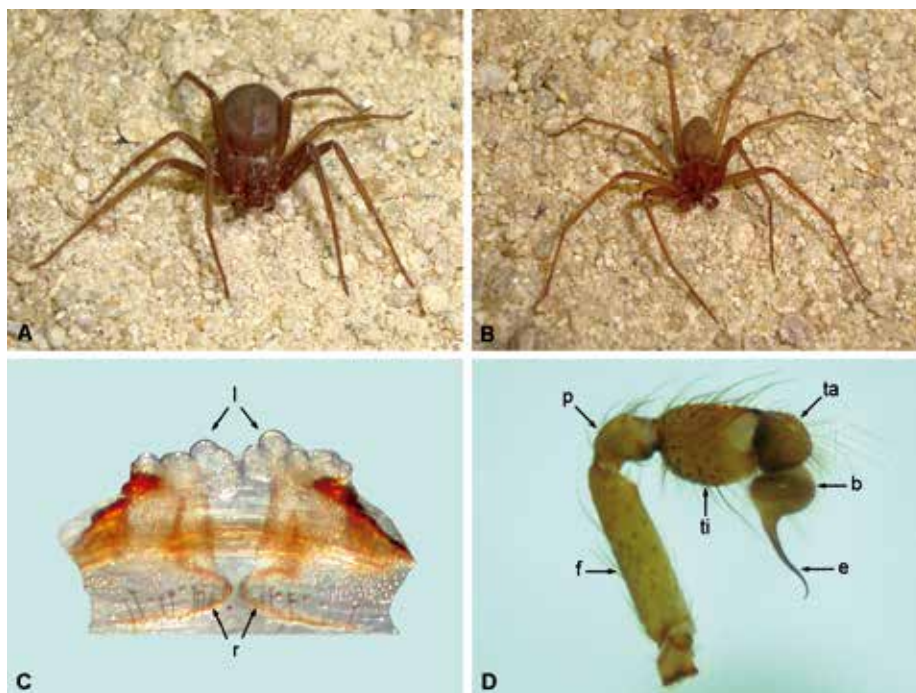
3. Resultados e discussão

Exemplares de *L. amazonica* (FIG. 1) foram coletadas na Fazenda Coqueiros (15°42'32" S, 43°26'37" O, 554 m), Município de Janaúba, por Maria Nelman A. Souza e colaboradores, nos dias 24 de abril e 05 de maio de 2014. Foram colecionados os seguintes espécimes: Funed-Aran 1067 (2♀), 1159 (1♂), 1234 (1♀), 1296 (1♂).

Os espécimes coletados e analisados apresentaram os caracteres diagnósticos de *L. amazonica* segundo a descrição de Gertsch (1967), sem variação relevante: epígino da fêmea apresentando dois receptáculos livres em vez de uma única placa transversal esclerotizada, cada um com um agrupamento apical de lobos; e segmentos do palpo do macho alargados, sendo o tarso muito mais curto do que a tíbia (FIG. 1). Demais características observadas de morfologia externa e coloração também foram condizentes com a descrição de Gertsch (1967).

As aranhas foram encontradas no peridomicílio de uma sede rural, em meio a um entulho de telhas, em uma área alterada de Floresta Estacional Decidua (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2004, 2012), também conhecida como mata seca. A localidade situa-se em uma zona de transição entre os biomas Caatinga e Cerrado (MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE – MMA; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004) e na unidade de relevo da Depressão do Alto-Médio Rio São Francisco (IBGE, 2006), apresentando clima do tipo Tropical Quente Semiúmido (IBGE, 2002).

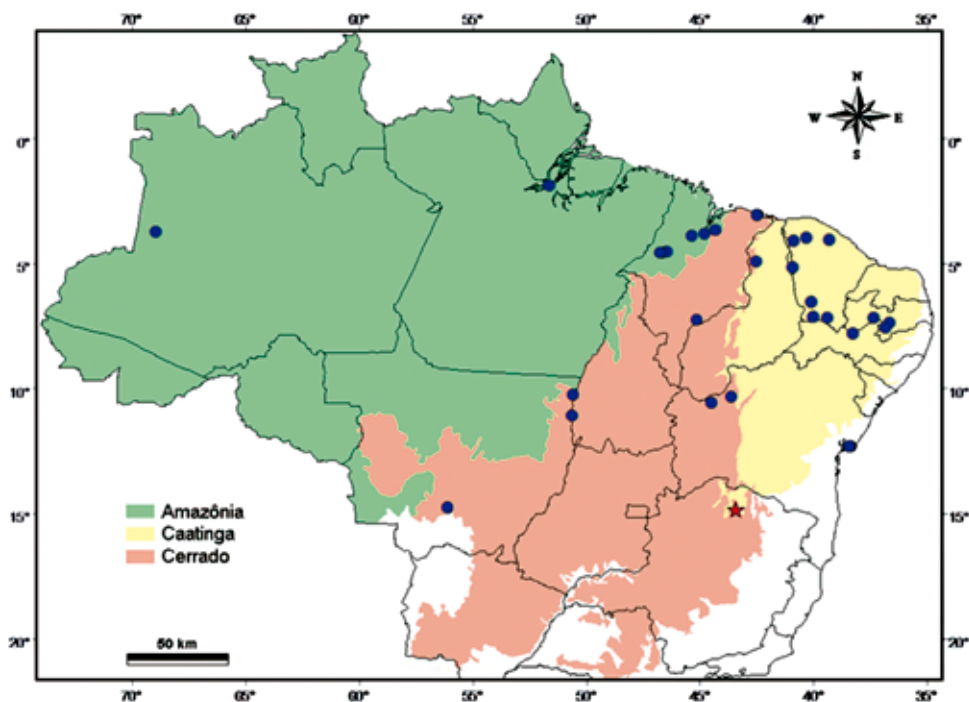
Figura 1: Espécimes de *Loxosceles amazonica* coletados em Janaúba, Minas Gerais



A) fêmea, B) macho, C) epígino da fêmea (Funed-Aran 1067), D) palpo esquerdo do macho em visão pro-lateral (Funed-Aran 1159). Estruturas do epígino: l) lobos apicais, r) receptáculos. Estruturas do palpo: f) fêmur, p) patela, ti) tíbia, ta) tarso, b) bulbo, e) êmbolo.

Fonte: fotos e prancha elaborados pelos autores

Figura 2: Distribuição geográfica de *Loxosceles amazonica* no Brasil



Pontos azuis: registros prévios de acordo com a revisão de Silveira (2015); estrela vermelha: novo registro na Fazenda Coqueiros, Janaúba, Minas Gerais.

Fonte: mapa elaborado pelos autores

O presente registro é o primeiro de *L. amazonica* em Minas Gerais e também o primeiro na região Sudeste do Brasil. A distribuição conhecida da espécie foi significativamente ampliada em cerca de 530 km a sul de Santa Rita de Cássia na Bahia, a localidade de registro prévio mais próxima (BRAZIL *et al.*, 2009), e Janaúba corresponde ao limite meridional dessa distribuição (FIG. 2).

Em Janaúba *L. amazonica* foi encontrada no peridomicílio, o que evidencia ocorrência sinantrópica. Como a espécie tem sido registrada em diversos ambientes antrópicos e também naturais, incluindo áreas florestais (SILVEIRA, 2015), possivelmente *L. amazonica* também ocorra de forma autóctone nas matas secas da região.

A ocorrência da aranha em condição sinantrópica na região de Janaúba favorece o contato humano com a espécie e, consequentemente, aumenta a probabilidade de acidentes. *Loxosceles amazonica* foi reconhecida como uma espécie de importância médica por Silveira (2015), o que chama a atenção para a possibilidade da ocorrência de loxoscelismo no norte de Minas Gerais.

Contribuições dos autores: A. L. Silveira realizou revisão da literatura, consultas à coleção científica, análises morfológicas, identificações taxonômicas, análises de dados, confecção de figuras e redação do manuscrito. M. N. A. Souza realizou consultas à coleção científica, análises morfológicas, identificações taxonômicas, confecção de figuras e revisão do manuscrito.

Referências

- BRAZIL, T. K.; PINTO-LEITE, C. M.; ALMEIDA-SILVA, L. M.; LIRA-DA-SILVA, R. M.; BRESCOVIT, A. D. Aranhas de importância médica do Estado da Bahia, Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 79, supl. 1, p.32-37, 2009.
- DUNCAN, R. P.; RYNERSON, M. R.; RIBERA C.; BINFORD, G. J. Diversity of *Loxosceles* spiders in Northwestern Africa and molecular support for cryptic species in the *Loxosceles rufescens* lineage. **Molecular Phylogenetics and Evolution**, v. 55, p.234-248, 2010.
- FUNASA. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. Brasília: Funasa; Ministério da Saúde, 2001.
- GERTSCH, W. J. The spider genus *Loxosceles* in South America (Araneae, Scytodidae). **Bulletin of the American Museum of Natural History**, v. 136, p.117-174, 1967.
- GONÇALVES-DE-ANDRADE, R. M.; BERTANI, R.; NAGAHAMA, R. H.; BARBOSA, M. F. R. *Loxosceles niedeguidonae* (Araneae, Sicariidae) a new species of brown spider from Brazilian semi-arid region. **Zookeys**, v. 175, p.27-36, 2012.
- IBGE. **Mapa de Clima do Brasil**. Escala 1:5.000.000. [S.l.]: IBGE, 1 mapa, 2002.
- IBGE. **Mapa de Vegetação do Brasil**. Escala 1:5.000.000. 3. ed. [S.l.]: IBGE, 1 mapa, 2004.
- IBGE. **Mapa de Unidades de Relevo do Brasil**. Escala 1:5.000.000. 2. ed. [S.l.]: IBGE, 1 mapa, 2006.
- IBGE. **Manuais Técnicos em Geociências. Número 1. Manual Técnico da Vegetação Brasileira**: sistema fitogeográfico inventário das formações florestais e campestres técnicas e manejo de coleções botânicas procedimentos para mapeamentos. 2. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- MMA – MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE; IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mapa de Biomas do Brasil**: primeira apresentação. Escala 1:5.000.000. [S.l.]: IBGE, 1 mapa, 2004.
- SILVEIRA, A. L. Novos registros geográficos da aranha-marrom *Loxosceles amazonica* Gertsch, 1967 (Araneae, Sicariidae) no Nordeste do Brasil e sua importância médica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 1, p.37-45, 2015.
- WORLD SPIDER CATALOG. **Versão 17.0**. Natural History Museum Bern, 2016. Disponível em: <<http://wsc.nmbe.ch>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

Normas para publicação

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

1. Objetivos

A Revista de Saúde Pública do SUS/MG é uma publicação de caráter de divulgação técnico-científico, de periodicidade semestral e de acesso livre. Editada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED), pela Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS) e pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), por intermédio de suas Assessorias de Comunicação Social e seus setores de pesquisa. Tem por finalidade a difusão do conhecimento técnico-científico relacionado ao processo saúde-doença-cuidado, à formação de recursos humanos e à rede de serviços, visando ao seu aprimoramento. Representa, ainda, uma estratégia de registro e veiculação de documentos e legislações referentes ao campo da Saúde Pública, bem como de interlocução de experiências entre as instituições que compõem o Sistema de Saúde do Estado de Minas Gerais.

2. Estruturação básica

A revista tem a missão de publicar artigos originais; artigos de revisão; relatos de experiência/caso; resenhas de livros e revistas; resumos de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs), dissertações e teses; portarias, regimentos, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde, bem como entrevistas. Todos os trabalhos devem ser inéditos, de propriedade da Revista de Saúde Pública do SUS/MG, e não devem ser reproduzidos em outros veículos, mesmo que parcialmente. Os textos podem ser submetidos em **português e em inglês**.

3. Avaliação

Todas as matérias serão submetidas ao julgamento de pelo menos dois pareceristas que integram a Comissão Editorial ou pareceristas *ad hoc*.

NORMAS EDITORIAIS

1 – Informações aos colaboradores

O Conselho Editorial da Revista ressalta que toda submissão de texto está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e Preparação dos Textos

Artigos originais

Textos que retratem resultados de estudos ou pesquisas concluídas. Devem apresentar, no máximo, 8.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Artigos de revisão

Textos que apresentam uma síntese crítica de conhecimentos relacionados a um determinado tema, mediante análise, interpretação e discussão da bibliografia. Devem apresentar, no máximo, 10.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Relatos de experiências/caso

Relatos sobre a experiência profissional e estudos de caso, acompanhados de breve comentário, útil para a interlocução com outros profissionais da área. Devem apresentar, no máximo, 3.000 palavras excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Resenhas

Tipo de texto elaborado por especialistas de uma determinada área que analisa produções científicas ou assuntos tratados em uma obra. Devem apresentar, no máximo, 3.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Resumos de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), dissertação e tese

Apresentação concisa que informe suficientemente ao leitor o objetivo, a metodologia, os resultados e as considerações finais/conclusões do TCC, da dissertação ou da tese, para que ele possa optar pela conveniência da leitura integral desses textos. A revista pode também publicar os anais com os resumos de trabalhos dos eventos científicos realizados no estado de Minas Gerais. Devem apresentar, no máximo, 250 palavras.

Entrevistas

Depoimentos de pessoas cuja história de vida ou realização profissional seja relevante para o campo da Saúde Pública. Devem apresentar, no máximo, 2.000 palavras.

Legislação e normas técnicas

Portarias, regimentos, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de saúde desenvolvidos no Estado.

Relatórios de reuniões ou Oficinas de Trabalho e de Pesquisa

Textos que discutem temas relevantes ao campo da Saúde Pública, com considerações finais/conclusões e recomendações. Devem apresentar, no máximo, 2.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Outras modalidades podem ser aceitas desde que aprovadas pelo Conselho Editorial da Revista.

2 – Orientações gerais para apresentação dos textos

A submissão de textos é feita **apenas online** - <http://revistageraissaude.mg.gov.br/> pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER). Toda submissão de texto à Revista de Saúde Pública do SUS/MG está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Os arquivos contendo os textos não devem conter os nomes dos autores e co-autores. O material deve ser digitado no editor de textos Word for Windows, em espaço duplo, com margem esquerda de 3 cm e margem direita de 2 cm, margem superior 2,5 cm e inferior 1,5 cm, fonte Times New Roman 12, respeitando o número máximo de palavras definido pela forma dos textos, já apresentada anteriormente. O título deve preceder o texto e estar em português e inglês. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de Resumo em português e inglês (*Abstract*) que reflita os aspectos fundamentais dos trabalhos (máximo de 250 palavras) e de 3 a 6 palavras-chave em português e inglês

(*Keywords*) alusivas à temática, com exceção da seção de Entrevista. Para as palavras-chave, orienta-se consultar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o *Sociological Abstracts*.

As ilustrações, quando houver, devem estar apresentadas em formato .tiff ou .ai ou .cdr ou .psd, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte Times New Roman 10. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. O título das tabelas, dos gráficos, dos quadros e demais ilustrações deve ser claro e conciso, localizado acima da ilustração e na mesma margem desta. É escrito em letras minúsculas, exceto a inicial da frase e dos nomes próprios, antecedido da palavra designativa, seu número de ordem e separado por travessão. A legenda consiste em texto explicativo que acompanha a ilustração e caso seja necessário utilizá-la, deve ser inserida na parte inferior após a ilustração. Abaixo da legenda, deve-se indicar a fonte. Elas devem ser apresentadas em arquivos separados e inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto, deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas. Deve ser providenciada uma cópia do texto, na versão PDF, com inserção das ilustrações, que também deve vir como documento suplementar. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do texto, quando deverá haver negociação prévia com os editores. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente, ter título com apenas as iniciais em maiúsculas e estar citado no texto.

Os textos, geralmente, são divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais. Poder ser necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções são organizados com numeração progressiva e negritos.

Na folha de rosto devem constar título (em português e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional, endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Coautores: vínculo institucional e e-mail.

Caso não tenha um vínculo institucional, informar a atividade profissional. Não se deve informar a titulação dos autores.

Em caso de textos referentes a resultados de pesquisa com seres humanos, o estudo deve ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, segundo resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde; e, quando necessário, pelo Comitê de Acesso à Biodiversidade.

No momento da submissão do texto, o(s) autor(es) pode(m) sinalizar aos revisores a possibilidade de haver conflitos de interesse em relação ao objeto do texto ou, ainda, sugerir nomes de pareceristas.

No caso de dois autores ou mais, as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo devem ser especificadas ao final do texto, antes das referências, de acordo com os critérios de autoria estabelecidos nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE). Este Comitê determina que o reconhecimento da autoria deve se basear na contribuição substancial de cada autor, relacionando-a aos seguintes aspectos: concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Modelos a seguir:

Modelo 1: “Autor A – responsabilizou-se pela concepção do projeto, análise e interpretação dos dados...; Autor B – responsabilizou-se pela redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual; Autor C – responsabilizou-se pela aprovação final da versão a ser publicada.”

Modelo 2: “Todos os autores trabalharam nas diversas etapas da pesquisa e de produção do texto.”

Na primeira página devem constar, em português e inglês, o título, o resumo (até 250 palavras) e de 3 a 6 palavras-chave. A contagem do número de palavras do resumo não inclui o título e as palavras-chave.

Notas de rodapé – devem ser evitadas.

Citações

Na revista *Gerais* é adotado o sistema AUTOR-DATA como forma de chamada da citação, seguindo as orientações da norma ABNT NBR 10520 de 2002.

Neste sistema, a indicação da fonte é feita da seguinte forma:

Citação com um autor: o nome do autor deve ser apresentado em letras maiúsculas, seguido do ano de publicação. Exemplos:

“...de acordo com um estudo realizado no município de São Paulo (MONTEVAN, 2007) ...”

“A equipe de Serruya (2004) constatou que somente 28% de todas as mulheres no período gestacional estavam cadastradas no SIS Pré-natal.”

Citação com dois autores: os nomes dos autores devem ser apresentados em letras maiúsculas, separados por ponto e vírgula, seguidos do ano de publicação. Quando citados no texto, os nomes dos autores devem ser separados pela conjunção “e”. Exemplos:

“No Brasil, os sistemas de informação nacionais foram avaliados por diversos pesquisadores (SILVA; LAPREGA, 2005)...”

“Segundo Peterlini e Zagonel (2003), esse aspecto tem sido relevante, principalmente em países de recursos financeiros escassos...”

Citação com mais de dois autores: deve ser citado apenas o primeiro autor, seguido da expressão *et al.* e o ano de publicação. Exemplos:

“Victoria *et al.* (1999) descreveram a prevalência de hábitos de sucção não-nutritivos ligados ao tipo de nutrição da criança...”

Os hábitos de sucção não-nutritivos foram descritivos em um estudo conduzido em Pelotas (VICTORA *et al.*, 1999).

Citação de vários trabalhos de um mesmo autor:

– trabalhos de um mesmo autor que tratam de um mesmo assunto, porém em anos diferentes. Exemplo:

“Segundo Silva (1991, 1992, 1994), o conceito de civilização...”

– quando citar mais de um trabalho de um mesmo autor sobre um mesmo assunto publicado no mesmo ano, pode se utilizar letras do alfabeto para diferenciá-los. Exemplo:

“Os resultados desse trabalho confirmam os dados levantados anteriormente no estado de Minas Gerais (OLIVEIRA *et al.*, 1984a,b).”

Citação indiretas de vários trabalhos de diversos autores:

– As citações indiretas de vários trabalhos de diversos autores, citados simultaneamente, devem se proceder em ordem alfabética e separadas por ponto-e-vírgula. Exemplo:

“A inserção da Equipe de Saúde Bucal demonstra o reconhecimento do MS de que a saúde não pode ser cuidada por apenas um profissional específico e, sim entendida como objeto de todos os profissionais do PSF, em uma perspectiva inter e multidisciplinar, exigindo uma inter-relação de todos os profissionais da equipe (CARVALHO *et al.*, 2004; MARQUES e MELO, 2009; SOUZA, 2001).”

No caso de citações literais de até três linhas, essa deve vir entre aspas, sem destaque em itálico e entre parênteses (sobrenome do autor, data, p.xx, sem espaço entre o ponto e o número). Citações literais de mais de três linhas devem estar em parágrafo destacado do texto (um *enter* antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, fonte menor que a utilizada no texto, em espaço simples, sem aspas ou itálico, terminando na margem direita do texto e, entre parênteses, o sobrenome do autor, a data e a página. Os parênteses são utilizados somente para indicar autoria, e o colchete, para indicar fragmento de citação, por exemplo:

“O estudo das políticas de saúde na área de Saúde Coletiva ocupou [...] um lugar central [...]”. (COHN, 2012, p.219).

Referências

As referências são listadas no final do texto, em ordem alfabética, e trazem os nomes de todos os autores citados no texto de acordo com as normas da ABNT (NBR 6023/2002). O título deve estar destacado

em negrito, enquanto que o subtítulo, não. Não é preciso especificar o número de páginas. Quando se tratar de mais de uma obra do mesmo autor, referenciadas sequencialmente na listagem bibliográfica, dentro da mesma página utilizar travessão sublinear (underline) coma extensão de seis espaços seguidos de ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se houver mudança de página, é necessário repetir o nome do autor.

1 – Livros

MINAYO, M. C. S. **Os homens de ferro**: estudo sobre os trabalhadores da Vale do Rio Doce em Itabira. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

_____. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão *et al.* Exemplo:

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Orgs.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

CAMPOS *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

Quando o autor do livro é o mesmo do autor do capítulo:

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

Se o Autor do livro é diferente do autor do capítulo:

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

2 – Capítulos de livro

Apenas o título do livro é destacado, em negrito, sendo obrigatório indicar, ao final

da referência, a página inicial e final do capítulo citado.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

3 – Regras específicas

Autor é uma instituição ou entidade:

BRASIL. **Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2. ed., 1998.

4 – Séries e coleções

MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação**. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v. 1).

5 – Artigos em periódicos

O título do periódico é destacado em negrito e após o volume e o número, deve estar explícito as páginas em que o artigo foi publicado.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface** – Comunic., Saude, Educ., v. 1, n. 1, p.7-40, 1997.

6 – Teses e dissertações

Apenas as palavras Tese ou Dissertação são destacadas em negrito.

SILVA, M. B. P. da. Um estudo da relação entre resultados do concurso vestibular e desempenho acadêmico em psicologia. Curitiba, 1989. 120 f. **Dissertação** (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Paraná.

IYDA, M. Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. **Dissertação** (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

7 – Resumos em anais de eventos

Apenas a palavra Anais é destacada em negrito.

PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

No caso de Artigos e Resumos, se o trabalho for consultado *on-line*, deve-se mencionar o endereço eletrônico: Disponível em: <...>. Acesso em (dia, mês, ano). Se o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

8 – Documentos eletrônicos

Apenas o título do periódico é destacado, em negrito. Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos. Se a referência incluir o DOI, ele deve ser mantido. Quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre.

ANTUNES, Arthur Velloso; COSTA, Moacir Nascimento. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600019&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em: 11 jul. 2013. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600019>>.

Análise e aprovação dos textos

O texto será encaminhado, respeitando-se o anonimato dos autores, para o grupo de pareceristas dentro do critério de revisão por pares, sendo, no mínimo, dois relatores. Para garantir o anonimato, ele deverá vir sem os nomes dos autores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Conselho Editorial. O texto é de responsabilidade dos autores, podendo não coincidir com o ponto de vista do Conselho Editorial e dos pareceristas *ad hoc*.

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à Revista de Saúde Pública do SUS/MG.

