

# Revista de **Saúde Pública** de Mato Grosso do Sul

ISSN 1981-9722

## ARTIGOS ORIGINAIS

PREVALÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO EM DOURADOS-MS OCORRIDOS NO PERÍODO DE 2012 A 2014

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE O PRAZER NO TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

DOAR SANGUE É COMPARTILHAR VIDA: ANÁLISE DE CONTEÚDO DE APRENDIZAGEM DE UM CARTAZ DA CAMPANHA NACIONAL DE DOAÇÃO DE SANGUE

A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS COMO POTENCIALIZADORA DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A REGULAÇÃO DO ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS: DIFICULDADES E DESAFIOS

O EXCESSO DE PESO COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS EM OKINAWANOS

ANÁLISE ESPACIAL DOS CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: ESTUDO RETROSPECTIVO

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE DOURADOS: UM DESAFIO PARA O SUS

Governador do Estado  
**Reinaldo Azambuja Silva**

Vice Governadora  
**Rosiane Modesto de Oliveira**

Secretário de Estado de Saúde  
**Nelson Barbosa Tavares**

Superintendente Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
**Maria de Fátima Meinberg Cheade**

Diretor da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser  
**André Vinicius Batista de Assis**

**Governo do Estado de Mato Grosso do Sul**  
*[www.ms.gov.br](http://www.ms.gov.br)*

**Secretaria de Estado de Saúde**  
*[www.saude.ms.gov.br](http://www.saude.ms.gov.br)*

**Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser**  
*[www.esp.ms.gov.br](http://www.esp.ms.gov.br)*

ISSN 1981-9722

V. 6, N. 1-2, 2016

Revista de  
**Saúde Pública**  
de Mato Grosso do Sul

## Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ISSN 1981-9722)

A revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul é uma publicação Semestral editada pela Escola de Saúde Pública - Dr. Jorge David Nasser.

### Governo do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria de Estado de Saúde

#### Comitê Editorial

##### Editores

Maria de Lourdes Oshiro – (SES/ESP)

Leonardo Guirao Junior – (SES/ESP)

##### Editor de Normalização e Produção

Marcos Rubens Alves da Silva – (SED/SES/SGGTES)

Bibliotecário – (CRB1/2791)

##### Editor de Comunicação

André Vinicius Batista de Assis – (SES/ESP)

#### Conselho Editorial

##### Editores Adjuntos

Edgar Oshiro – (SES/ESP)

Marina Lopes Fontoura Mateus – (SES/ESP)

Ana Lúcia da Silva – (SES/ESP)

Ana Paula Rezende Goldfinger – (SES/ESP)

Deisy Adania Zanoni – (SES/ESP)

Diana Steica de Almeida – (SES/ESP)

Estela Marcia Rondina Scandola – (SES/ESP)

Maria Lucia Franco Vaz de Oliveira – (SES/ESP)

Maria de Fátima Meinberg Cheade – (SES/SGGTES)

Vera Regina Dalla Vechia Biolchi Oliveira – (SES/ESP)

##### Editores Associados

Adélia Delfina da Mota Silva Correa – (UFMS)

Alexandre Alves Machado – (UCDB)

Ana Rita Barbieri – (UFMS)

Cibele Moura Sales – (UEMS)

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves – (UFGD)

Denise Rodrigues Fortes – (ETSUS/SES)

Elizete da Rocha Vieira de Barros – (UFMS)

Ewângela Aparecida Pereira – (ETSUS/SES)

Julio Henrique Rosa Croda – (FIOCRUZ/UFGD)

Karine Cavalcante da Costa – (ATENÇÃO BÁSICA/SES)

Laís Alves de Souza Bonilha – (UFMS)

Luiz Claudio Santos Thuler – (INCA/RJ)

Márcia Niituma Ogata – (UFSCAR)

Mario Ângelo Silva – (UnB)

Mauricio Pompílio – (UFMS/UNIDERP)

Rogério Dias Renovato – (UEMS)

Rosa Malena Fagundes Xavier – (Uneb)

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSP/MS)

Avenida Senador Filinto Müller, 1480 – Vila Ipiranga

79.074-460 – Campo Grande – MS – Brasil

Tel.: (67) 3345-8000 / 3345-8015 - revistasp@saude.ms.gov.br

R454 Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul / Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. 2004 - v. 6, n. 1-2, 2016. Campo Grande: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, 2016.

Semestral

ISSN 1981-9722

Interrompida: 2005-6; 2011-12; 2014-15

Irregular: 2007-08

1. Saúde Pública. 2. Periódico. I. Título.

CDD 614 (22)



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

**Caros leitores,**

É com imensa satisfação que apresentamos mais uma edição da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS) que tem como objetivos divulgar a produção do conhecimento nas áreas das Ciências da Saúde, por meio da publicação de manuscritos científicos, revisados por especialistas, na forma de artigos originais, artigos de revisão, relatos de casos ou de experiência, resumos de dissertação e tese e produzir publicações nas áreas das Ciências da Saúde, preferencialmente em Saúde Pública visando à sua indexação nas bases de dados nacionais e internacionais.

Todo o processo de edição e produção editorial é de responsabilidade dos profissionais vinculados à Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”, pertencente à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e instituições parceiras, contribuindo para a divulgação da pesquisa em diferentes áreas do conhecimento.

A RSPMS implementou uma série de melhorias para se adequar aos parâmetros de excelência estabelecidos para os periódicos de caráter técnico-científico, bem como às necessidades de adequações dos processos de trabalho que envolvem a produção de uma publicação científica.

Em face ao exposto, a RSPMS reformulou o Regimento Interno, as normas para submissão de manuscritos para publicação, instituiu um novo formato de Conselho Editorial, composto pelo Comitê Editorial, editores adjuntos e editores associados integrado por membros da comunidade científica.

Nessa edição, a RSPMS aborda temas relevantes como a prevalência de acidentes de trabalho, a representação social de assistentes sociais, a doação de sangue, a formação de sanitaristas, a regulação do acesso às consultas especializadas, o excesso de peso como fator de risco para doenças crônicas, a análise espacial dos casos humanos de leishmaniose visceral e a judicialização da saúde para internação hospitalar.

É imperativo agradecer aos autores dos artigos encaminhados à RSPMS pela confiança na credibilidade da Revista. Saibam que o Conselho Editorial tem o compromisso em aprimorar os processos de trabalho para garantir uma publicação que atenda as necessidades da sociedade científica e a civil na produção do conhecimento.

O Conselho editorial acredita na potencialidade dos artigos abordados em estimular os debates e as reflexões na Saúde Pública, concomitantemente agradece a colaboração dos pesquisadores que se dedicaram na produção do periódico, seja como editores adjuntos, editores associados ou pareceristas *ad hoc*.

Desejamos a todos uma boa leitura!

**André Vinicius Batista de Assis**  
*Diretor da Escola de Saúde Pública (ESP)*  
*Dr. Jorge David Nasser*

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>5</b>
<b>ARTIGOS ORIGINAIS</b>	
ORIGINAL ARTICLES	
<b>PREVALÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO EM DOURADOS-MS OCORRIDOS NO PERÍODO DE 2012 A 2014 .....</b>	<b>7</b>
<i>WORK ACCIDENTS PREVALENCE IN DOURADOS-MS OCCURRED IN THE PERIOD 2012-2014</i>	
Ana Paula Dossi de Guimaraes e Queiroz; Wilson Barros	
<b>REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE O PRAZER NO TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE .....</b>	<b>15</b>
<i>SOCIAL REPRESENTATION OF SOCIAL WORKERS OF PLEASURE IN WORK IN SMALL TOWNSHIPS</i>	
Renata Rigatto; Estela Márcia Rondina Scandola	
<b>DOAR SANGUE É COMPARTILHAR VIDA: ANÁLISE DE CONTEÚDO DE APRENDIZAGEM DE UM CARTAZ DA CAMPANHA NACIONAL DE DOAÇÃO DE SANGUE .....</b>	<b>22</b>
<i>DONATE BLOOD IS TO SHARE LIFE: LEARNING CONTENT ANALYSIS OF A POSTER OF THE NATIONAL BLOOD DONATION CAMPAIGN</i>	
Roberta Pelicari Coelho; Igor Tadeu de Siqueira Calmon; Antonio Sales; Cibele de Moura Sales	
<b>A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS COMO POTENCIALIZADORA DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>28</b>
<i>THE GRADUATION OF SANITARIANS AS AN IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL PRACTICE IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM</i>	
Marina Lopes Fontoura Mateus; Mariza Pereira Santos; Ana Rita Barbieri; Joel Saraiva Ferreira; Luiza Helena Oliveira Cazola	
<b>A REGULAÇÃO DO ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS: DIFICULDADES E DESAFIOS .....</b>	<b>35</b>
<i>THE REGULATIVE ACCESS TO SPECIALIZED CONSULTATIONS: DIFFICULTIES AND CHALLENGES</i>	
Regina Maria dos Santos Kochi; Elisabete Kruk de Freitas Baldasso	
<b>O EXCESSO DE PESO COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS EM OKINAWANOS .....</b>	<b>42</b>
<i>EXCESS WEIGHT AS RISK FACTOR FOR CHRONIC DISEASES IN OKINAWANS</i>	
Edgar Oshiro; Dulce Lopes Barboza Ribas	
<b>ANÁLISE ESPACIAL DOS CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: ESTUDO RETROSPECTIVO .....</b>	<b>49</b>
<i>ANALYSIS OF SPATIAL LEISHMANIOSE HUMAN CASES VISCERAL IN THE STATE OF MATO GROSSO DO SUL: RETROSPECTIVE STUDY</i>	
Viviane Regina Noro; Paulo Silva de Almeida; Adeir Archanjo da Mota; Fábio Juliano Negrão	
<b>JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE DOURADOS: UM DESAFIO PARA O SUS .....</b>	<b>58</b>
<i>JUDICIALIZATION OF HEALTH FOR NON-MUNICIPAL HOSPITAL INTERIOR OF GOLDEN: A CHALLENGE FOR THE SUS</i>	
Daiana Gauna Rodrigues; Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves	
<b>NORMAS DE PUBLICAÇÃO .....</b>	<b>68</b>
<i>PUBLICATION STANDARDS AND GUIDELINES</i>	

## PREVALÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO EM DOURADOS-MS OCORRIDOS NO PERÍODO DE 2012 A 2014

### WORK ACCIDENTS PREVALENCE IN DOURADOS-MS OCCURRED IN THE PERIOD 2012-2014

Ana Paula Dossi de Guimaraes e Queiroz<sup>1</sup>

Wilson Barros<sup>2</sup>

1. Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS, Brasil. anaqueiroz@ufgd.edu.br

2. Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS, Brasil. wilsonbarrosptm@hotmail.com

Recebido: 12/07/2016

Aprovado: 16/10/2016

**RESUMO:** No Brasil os acidentes de trabalho representam sérios problemas de saúde pública com aproximadamente 25% de lesões por causas externas atendidas nos serviços de urgências e emergências. Os trabalhadores adoecem e morrem por causas relacionadas ao trabalho em decorrência direta das atividades profissionais exercidas e das indiretas por doenças relacionadas com o trabalho. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico de todos os trabalhadores acometidos por acidentes de trabalhos assistidos pelos serviços de saúde públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e privados, notificantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Dourados-MS, no período de 2012 a 2014. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal pautado na consulta do sistema de informação do banco de dados do SINAN, entre 2012 e 2014. **Resultados:** Em Dourados, no período considerado, foram notificados 262 casos de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, sendo: acidentes graves (n=60/22,9%); acidentes biológicos (n=167/63,8%); intoxicações exógenas (n=4/1,5%); LER/DORT (n=29/11%); transtornos mentais (n=2/0,8%). Predominaram os acidentes e doenças entre trabalhadoras (68,7%). Houve predomínio de acidentes na faixa etária dos 28 aos 37 anos (29%). **Conclusão:** Prevaleram os acidentes biológicos, entre mulheres, no período pesquisado. A avaliação epidemiológica dos agravos à saúde e acidentes envolvendo os trabalhadores é fundamental para o desenvolvimento das políticas públicas voltadas a esse grupo, contudo é necessário o aperfeiçoamento do sistema de informação, das ações de promoção, prevenção, controle e reabilitação do trabalhador.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; SINAN; Acidentes de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Saúde Pública.

**ABSTRACT:** In Brazil, industrial accidents pose serious public health problem with approximately 25% of injuries from external causes in the emergency care services. Workers get sick and die from causes related to work as a direct result of the exercised professional activities and indirect related diseases work. **Objective:** To describe the epidemiological profile of all affected workers work accidents assisted by the public health services of the Unified Health System (SUS) and private notifying the Notifiable Diseases Information System (SINAN) in Dourados-MS, period from 2012 to 2014. **Materials and Methods:** cross-sectional study guided by the consultation in the information system of the SINAN database between 2012 and 2014. **Results:** in Dourados, in the period considered, were reported 262 cases of injuries and illnesses related to work, as follows: serious accidents (n = 60 / 22.9%); biological accidents (n = 167 / 63.8%); exogenous intoxication (n = 4 / 1.5%); RSI / MSDs (n = 29/11%); mental disorders (n = 2 / 0.8%). Predominated accidents and diseases among workers (68.7%). There was a predominance of accidents in the age group of 28 to 37 years (29%). **Conclusion:** Prevailed biological accidents among women, in the period surveyed. Epidemiological evaluation of health hazards and accidents involving workers is key to the development of public policies aimed at this group, however it is necessary to improve the information system of promotion, prevention, control and rehabilitation of the worker.

**Key words:** Epidemiology; SINAN; Work accidents; Worker's health; Public health.

## INTRODUÇÃO

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) em seu relatório de 2013 estima que, aproximadamente, 2,34 milhões de pessoas morram por ano devido aos acidentes de trabalho e às doenças relacionadas ao trabalho, e ainda que ocorram 160 milhões de casos de doenças ou agravos não fatais também relacionados com o trabalho. O mesmo documento relata ainda uma perda anual de 4% no Produto Interno Bruto (PIB) mundial em decorrência de custos diretos e indiretos relacionados a acidentes e agravos de trabalho.

No Brasil os acidentes de trabalho representam sérios problemas de saúde pública com aproximadamente 25% de lesões por causas externas atendidas nos serviços de urgências e emergências (CONCEIÇÃO *et al*, 2003). No que se refere ao risco de morte e de agravos no trabalho, o país ocupa o quarto lugar no mundo (OIT, 2013).

Os trabalhadores adoecem e morrem por causas relacionadas ao trabalho em decorrência direta das atividades profissionais exercidas e das indiretas por doenças relacionadas com o trabalho. Os dados relacionados aos agravos de trabalho são pouco confiáveis, isto é, há sub-registro nas informações coletadas junto ao sistema de informação em saúde, o que dificulta e prejudica o planejamento e implementação de ações direcionadas a saúde do trabalhador (BRASIL, 2011a).

O desenvolvimento de políticas e ações relativas à Saúde do Trabalhador não é recente. Já na década de 1980, com a consolidação do movimento pela Reforma Sanitária e a incorporação na Constituição de 1988 de um novo conceito de sistema de saúde no Brasil, é possível evidenciar essa preocupação. Conforme o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 que define o SUS, compete a este, além de outras atribuições, nos termos da lei, executar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

De maneira mais incisiva, a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores – CNST (1986) abordou três temas fundamentais: 1) Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; 2) Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; 3) Política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores; com a finalidade de debaterem o posicionamento institucional representativo dos setores da sociedade com resultado deste debate ficaram marcadas as medidas efetiva na prática da reformulação do setor da saúde do trabalhador e que foram confirmadas e aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2011a).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores ocorreu em 1994 e teve por finalidade aprofundar a reflexão e o debate com a proposta de diretrizes para a construção da Política de Saúde do Trabalhador, visando a melhoria da qualidade de atenção à saúde dos trabalhadores.

Em 1998, foram publicadas as Portarias MS/GM 3.120 e 3.908, que tratam, respectivamente, da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. A finalidade dessas é definir os procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde desse grupo específico (BRASIL, 1998e e 1998d). Em 2002, por meio da Portaria nº 1.679 foi estruturada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST), com objetivo de estimular a criação de centros coordenadores de Saúde do Trabalhador nos estados e regiões, articulada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

No ano de 2005, durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores foram aprovadas 344 resoluções, o que representou grande mobilização na área. O processo não se encerrou nesta etapa, mas englobou a devolução àqueles que se envolveram e a incorporação dessas resoluções nas proposições da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

A partir das propostas das primeiras Conferências Nacionais da Saúde do Trabalhador foi implantada a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (Decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011). Os objetivos eram a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, bem como a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011b).

Em 2012, pela Portaria nº 1.823 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT que tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus objetivos são, prioritariamente, fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e integrar os demais componentes da Vigilância em Saúde, promovendo a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, garantindo assim a integralidade na atenção à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Por fim, em 2014, a 4ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores com tema “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado” aprova a Resolução nº 494 de 27 de novembro de 2013, determinando a criação de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) por cada região de Saúde (CNS, 2015).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi criado na década de 1990, com objetivo de coletar e processar os dados sobre agravos de notificação do país (Brito, 1993). Por agravo entende-se:

Qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada; e doença como: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos (BRASIL, 2014).

O SINAN é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria MS Nº 1.271/2014) e também pelos dados provenientes da notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador (Portaria MS Nº 777/2004). Desta forma são considerados agravos à saúde do trabalhador, passíveis de notificação: os Acidentes de Trabalho Fatais; os Acidentes de Trabalho com Mutilações; os Acidentes com Exposição a Material Biológico; as Dermatoses Ocupacionais; as Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); as Pneumoconioses; a Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR; os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e o Câncer Relacionado ao Trabalho (BRASIL, 2014 e 2004).

A Ficha Individual de Notificação deverá ser preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da ocorrência, ainda que suspeita, de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços de vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos, em meio magnético, para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

De acordo com Santana e colaboradores (2009b), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação de acidentes de trabalho é um banco de dados avançado, entretanto, com grande sub-registro por falta de qualidade.

Em Dourados-MS, como na maioria dos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, não há uma sistemática para avaliação dos acidentes do trabalho, por isso se faz necessário um estudo que priorize a investigação com intuito de formalizar os

dados mais completos para a sociedade e subsidiar o poder público nas suas ações.

Nessa perspectiva este estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de todos os trabalhadores acometidos por acidentes de trabalhos assistidos pelos serviços de saúde públicos do SUS e privados, notificantes ao SINAN de Dourados-MS, período de 2012 a 2014.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é do tipo transversal e pautou-se na consulta ao sistema de informação do banco de dados do SINAN com análise de dados secundários, junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS.

O município de Dourados está situado na região sul do Estado de Mato Grosso do Sul, é o centro de uma região voltada para agricultura, pecuária e indústria alimentícia. Segundo dados do IBGE, o município possui uma superfície de 4.096,90 Km<sup>2</sup>, com população local de 196.035 habitantes, com crescimento populacional de 6 % entre 2010 a 2013.

O CEREST é composto pelas redes sentinelas de serviços de saúde de média e alta complexidade, tanto da rede privada quanto da rede pública de saúde. A porta de entrada para os acidentes e adoecimentos do trabalho na Unidade Sentinela de Dourados – MS são: os Centros de Saúde, Hospital da Vida, Hospital Universitário, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

As variáveis de estudo foram: a) Tipo de agravo relacionado ao trabalho: Acidente de Trabalho Fatal; Acidentes de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Dermatoses Ocupacionais; Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e Câncer Relacionado ao Trabalho. b) Características demográficas e socioeconômicas do trabalhador: Sexo (masculino/feminino); Idade (em anos); Ocupação. c) Outros aspectos relacionados ao acidente de trabalho: Períodos sazonais; Notificante; e Local do acidente.

São considerados trabalhadores neste estudo, pessoas de ambos os sexos, com idade de 18 a 64 anos. No cálculo da taxa de prevalência, foi utilizado como numerador o número total dos agravos relacionados ao acidente de trabalho notificados, por ano. Para análise dos dados foi utilizado o método

descritivo por meio de medidas de frequência absoluta e relativa; com base em dados secundários agregados e de acesso público sem identificação dos nomes e endereços dos sujeitos de pesquisa.

Os dados relacionados as fichas do SINAN deveriam ser exportados do SINAN Net para serem tabulados, porém, devido a inoperância do servidor da Internet da rede não foi possível acessar o sistema SINAN Net. A solução sugerida pela Coordenadora do CEREST local foi a de coletar os dados a partir dos impressos notificados recebidos das unidades sentinelas existentes em seu arquivo desde 2012, o que limitou a pesquisa entre 2012 a 2014.

Este projeto foi submetido à Comissão de Estágios, Pesquisas e Trabalhos (CEPET) da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados/MS, que autorizou a coleta de dados no CEREST de Dourados-MS, realizada durante o mês de fevereiro de 2016. Também houve a submissão do projeto ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado sob o parecer número 1.402.541/2016 CEP/UFGD.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em Dourados de 2012 a 2014, foram notificados 262 casos incluindo cinco dos dez agravos e doenças de notificação compulsória relacionados ao trabalho, a saber: acidentes graves (n=60/22,9%); acidentes biológicos (n=167/63,8%); intoxicações exógenas (n=4/1,5%); LER/DORT (n=29/11%); transtornos mentais (n=2/0,8%). Os agravos de maior predominância foram os acidentes biológicos 63,8% do total de casos notificados e em segundo lugar os acidentes graves com 22,9%.

Houve uma predominância dos acidentes e doenças entre trabalhadores do sexo feminino com 68,7% do total de casos notificados, sendo que o maior acometimento é o de acidentes com materiais biológicos. Houve predomínio de acidentes na faixa etária dos 28 aos 37 anos, com 29% relacionados a acidentes biológicos (Tabela 1).

Em relação à ocupação constatou-se que 56,5% dos acidentes com materiais biológicos com profissionais da saúde e 19% acometeram os trabalhadores de Serviços Gerais. Seguidos ainda por acidentes graves os trabalhadores da indústria com 9,6% e os comerciários com 7,6% (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos acidentes de trabalho segundo variáveis sociodemográficas dos trabalhadores de Dourados-MS, 2012 a 2014.

Variáveis	Grave	Biológico	Exógena	LER/DORT	Mental	Total	
						N	%
<b>Sexo</b>							
Masculino	48	24	2	6	2	82	31,3
Feminino	12	143	2	23	0	180	68,7
<b>Faixa etária (anos)</b>							
18-27	17	37	2	1	0	57	21,8
28-37	13	56	1	5	1	76	29,0
38-47	16	43	1	12	0	72	27,5
48-57	10	24	0	7	1	42	16,0
58-64	4	7	0	4	0	15	5,7
<b>Ocupação</b>							
Saúde	4	143	0	1	0	148	56,5
Construção	13	0	0	2	0	15	5,8
Indústria	17	0	1	6	1	25	9,6
Comércio	11	0	0	8	1	20	7,6
Serviços Gerais	14	21	3	12	0	50	19,0
Outros	1	3	0	0	0	4	1,5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>167</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fonte: CEREST de Dourados-MS.

Dentre os agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho, na cidade de Dourados, no período investigado, predominaram os acidentes com materiais biológicos, seguidos pelos acidentes graves, distúrbios osteomusculares, intoxicações exógenas e transtornos mentais. Não houve notificação de acidente de trabalho fatal, acidentes de trabalho com mutilações, dermatoses ocupacionais, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), e de câncer relacionado ao trabalho.

Os achados desta pesquisa sugerem aumento com oscilação de decréscimo anuais na notificação dos agravos relacionados ao trabalho desde a implantação da Portaria nº 104/2011, que define a regulamentação da relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Segundo Facchini *et al.* (2005) e Bortoleto *et al.* (2011), apesar dos avanços significados nos números de notificações, ainda assim existem subnotificação.

Os autores Binder (2003) e Scussiato *et al.* (2010) relatam que os acidentes de trabalho devem ser registrados no protocolo da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme determinação do artigo 336 do Decreto nº 3.048 de 06 maio de 1999 da Previdência Social. No entanto, menos de 30% dos acidentes que ocorrem no Brasil são notificados. A Tabela 5 explicita as subnotificações.

Este estudo constatou que a maior parte dos acidentes ocorreram com materiais biológicos atingindo mulheres jovens e produtivas, que trabalham na área da saúde como: enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem; talvez pelo fato da categoria profissional ser composta na sua maioria do sexo feminino e pelas especificidades do processo de trabalho de cuidado ininterrupto e contínuo desses profissionais, que pode acarretar a uma maior exposição.

No presente estudo, observou-se que a maior parte das notificações foram realizados pelo Serviço de

Atendimento Especializado e pelo Centro de Testagem e Aconselhamento da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados.

Apuraram-se dois casos de transtornos mentais, sendo um na atividade industrial e outro comercial, ambas atividades com regimes de turnos alternados e consideradas estressantes, confirmando o que nos ensinam Miranda *et al.* (2012) e Santana *et al.* (2009b) com predominância do sexo masculino com histórico de doenças mentais (Tabela 1).

Nos casos de Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT), 11%, foram predominantes entre trabalhadores do sexo feminino nas atividades de serviços gerais, seguido pelas atividades de comércio e prestação de serviços, como: empregada doméstica e operadores de caixa, todas as atividades decorrentes de movimentos repetitivos; esses achados corroboram com o estudo de Henington e Monteiro (2006) (Tabela 1 e 2).

Os acidentes graves aparecem em segundo lugar dentre os agravos mais notificados, 22,9%, com predominância no gênero masculino, faixa etária dos 18 a 47 anos de idade, concentrados nos trabalhadores do setor industrial, serviços gerais e construção civil. Devido maior exposição desses indivíduos economicamente ativos a esses agravos que causam mais incapacidades e afastamentos e como consequência maior impacto socioeconômico para a empresa, para o trabalhador e para a Previdência Social (OIT, 2013; MIRANDA, 2012; SANTANA, 2009a; CAVALCANTE *et al.*, 2014) – (Tabela 1 e 2).

Analisando comparativamente os dados locais com os do Estado de Mato Grosso do Sul, observou-se que nos casos de acidentes graves, há redução de 100% dos casos notificados em relação ao Estado, o que pode ser um forte indicativo de subnotificação. No que se refere aos acidentes com materiais biológicos há um aumento de 300% em relação ao Estado, demonstrando eficácia nas notificações devido aos profissionais implicados na maioria trabalhar na área da saúde (Tabela 2).

**Tabela 2.** Comparativo de acidentes de trabalho de Dourados-MS e Estado de Mato Grosso do Sul, período de 2012-2014.

Tipos de Acidentes	Estado MS	%	Dourados-MS	%
Grave	5915	45,7	60	22,9
Biológico	2184	16,9	167	63,8
Intoxicação Exógena	4620	35,7	4	1,5
LER / DORT	168	1,3	29	11,0
Transtorno Mental	48	0,4	2	0,8
<b>Total</b>	<b>12935</b>	<b>100</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fonte: CEREST de Dourados-MS.

A distribuição por períodos trimestrais das ocorrências de acidentes de trabalho entre os trabalhadores se deu mais no quarto trimestre, com

37,8% do total notificados. Em seguida prevalece o terceiro trimestre com 29,4% (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição dos acidentes de trabalho segundo variáveis sazonais dos trabalhadores de Dourados-MS, 2012 a 2014.

Períodos	Acidente	Acidente	Intoxicação	LER /	Transtorno	Total	
	Grave	Biológico	Exógenas	DORT	Mental	N	%
<b>Trimestres</b>							
1º	21	20	1	0	0	42	16,0
2º	18	25	0	1	0	44	16,8
3º	9	64	3	0	1	77	29,4
4º	19	51	0	28	1	99	37,8
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>160</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fonte: CEREST de Dourados-MS.

As instituições de Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e CEREST foram responsáveis por 56,1% das notificações totais, isso se deve as ações desenvolvidas por essas instituições. Nos casos de acidentes com materiais biológicos são realizados testes, acompanhamentos e orientações pelo SAE; no CEREST são diagnosticados, orientados e acompanhados os casos de acidentes graves, os distúrbios osteomusculares e os transtornos mentais,

face ao quadro de profissionais aptos para atender essas especificidades (Tabela 4).

Em segunda posição destacam-se os hospitais públicos como notificantes com 22,5% dos casos, principalmente em acidentes graves; já os hospitais privados aparecem na terceira posição com 15,3%, com predominância total em acidentes com materiais biológicos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição dos acidentes de trabalho segundo notificantes e locais dos acidentes dos trabalhadores de Dourados-MS, 2012 a 2014.

Variáveis	Ac.	Acidente	Intoxicação	LER /	Transtorno	Total	
	Grave	Biológico	Exógenas	DORT	Mental	N	%
<b>Notificantes</b>							
Hospitais Públicos	41	14	4	0	0	59	22,5
Hospitais Privados	0	40	0	0	0	40	15,3
Estratégia Saúde	11	3	0	2	0	16	6,1
SAE / CEREST	8	110	0	27	2	147	56,1
<b>Locais do Acidente</b>							
Trajeto	11	0	0	0	0	11	4,2
Trabalho	49	167	4	29	2	251	95,8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>167</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Fonte: CEREST de Dourados-MS.

O referido estudo aponta ainda, que 95,8% dos acidentes acontecem nos locais de trabalho e que apenas 4,2% ocorrem no trajeto (residência – trabalho

e vice-versa). Fazendo a comparação dos dados do SINAN com a do Ministério da Previdência Social (MPS) com apenas os dois anos disponíveis até

momento, superam em muito o número notificado de 11 pelo SINAN contra os 424 do MPS, isso levando em conta os números que não são contabilizados por não terem sido registrados a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) (Tabela 5).

O comparativo dos dados do MPS compreendido entre 2012 e 2013 mostram 2.127 casos de acidentes de trabalho, enquanto que os valores encontrados no

banco de dados do SINAN de 2012 a 2014 foram somente de 262 casos. Fica caracterizada a subnotificação dos dados do banco SINAN em relação ao do MPS tanto nos números de Dourados-MS como os números do estado de MS (Tabela 2 e 5) – (MPS, 2013).

**Tabela 5.** Acidentes do Trabalho do Estado de Mato Grosso do Sul e da cidade de Dourados-MS da fonte do Ministério da Previdência Social (MPS).

ESTADO / MUNICÍPIO	Com CAT Registrada						Sem CAT Registrada	
	Típico		Trajeto		Doença do Trabalho		2012	2013
	2012	2013	2012	2013	2012	2013		
<b>Mato Grosso do Sul</b>	6.997	6.914	1.504	1.709	181	152	2.734	2.627
<b>Dourados - MS</b>	568	510	211	213	35	17	273	300

Fonte: MPS, 2013.

Destaca-se divergência na classificação do tipo de acidente de trabalho como dois casos de acidentes de trabalho com mutilações que foram classificados como acidente grave, sendo constatados mais dois casos de intoxicações exógenas que também foram classificados como acidente grave. Esses erros vêm impactar negativamente os dados do SINAN na sua efetividade, fidedignidade e confiabilidade. Santana *et al.* (2009b) destacaram que mais da metade dos estados da federação notificava os acidentes com mutilações 66,7% e as intoxicações exógenas 62,5%, porém em nenhum dos dois casos aparece o estado de Mato Grosso do Sul; questionando-se a qualidade dos dados bem como a subnotificação.

Este estudo ficou restrito aos dados impressos de notificação do SINAN em decorrência da inoperância do sistema SINAN Net, durante a permanência do pesquisador no CEREST de Dourados-MS. De acordo com a Coordenadora local a competência de operação técnica do sistema é do governo Federal.

## CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que os agravos relacionados ao trabalho vitimaram as mulheres, numa proporção de duas vezes em relação aos homens e também os profissionais de saúde, em maior número que os demais trabalhadores. Dessa forma, destaca-se a necessidade de ações de abordagem e prevenção junto a esses indivíduos.

O banco de dados do SINAN tem suas vantagens, pois refere-se aos trabalhadores formais e informais; que diferentemente da Comunicação de Acidente de

Trabalho (CAT) do Ministério do Trabalho, só trata dos acidentes ocorridos com trabalhadores formais.

Contudo, as limitações na base de dados do SINAN, evidenciadas pela discrepância dos dados em relação aos constantes no Ministério da Previdência Social (MPS), podem causar prejuízos na elaboração do plano de políticas em saúde para a referida população, e limitam os achados do presente estudo, sugerindo a necessidade de novas pesquisas na área.

Ainda assim, os resultados deste estudo representam um trabalho importante de avaliação epidemiológica sobre a saúde do trabalhador de Dourados-MS e sua representatividade no contexto do Estado de Mato Grosso do Sul, para direcionar e evidenciar a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informação, das ações de promoção, prevenção, controle e reabilitação do trabalhador. O presente estudo demonstrou ainda que o sistema SINAN Net apresenta a necessidade de operacionalidade técnica, melhores registros, cobertura e qualidade dos dados.

## REFERÊNCIAS

BINDER, Maria Cecília Pereira; CORDEIRO, Ricardo. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 409-416, ago. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400004>.

BORTOLETO, M.S.S.; NUNES, E.F.P.A.; HADDAD, M.C.L.; REIS, G.A.X. Acidentes de trabalho em um pronto atendimento do Sistema Único de Saúde. *Rev. Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 13, n. 1, p. 91-97, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: \_\_\_\_\_. *Vigilância em Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. cap. 7, p. 232-60. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 5, D). Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/v3/pdfs/colecao2011/livro\\_5.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/v3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf)>. (a)

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 07 mai. 1999. Seção I, pg. 50-108.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 08 nov. 2011 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) 2013*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Acidentes de trabalho no Brasil: dados de notificação do SINAN 2007-2008*. Salvador: Centro Colaborador Universidade Federal da Bahia. Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador, 2009. Disponível em: <[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/relatorio\\_sinan\\_2007\\_08.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/relatorio_sinan_2007_08.pdf)>. Acesso em 24 jun. 2016. (b)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 09 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 25 jan. 2011; Seção 1:37 (c).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 17. (d)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 20 set. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo à Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2 jul. 1998. Seção I, p. 36. (e)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional

de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 29 abr. 2004. Seção 1, p. 37-38.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 4ª Conferência nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Relatório final*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20\\_Relatorio\\_4cnstt\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20_Relatorio_4cnstt_final.pdf)>.

BRITO, L. S. F. Sistema de informações de agravos de notificação - SINAN. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, Brasília, 1993. *Anais...* Fundação Nacional de Saúde: Brasília, DF, 1993. p. 145-46.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves *et al.* Perfil dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Rio Grande do Norte, 2007 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 741-752, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000400741&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400741&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-4974201400400016>.

CONCEICAO, Paulo Sérgio de Andrade *et al.* Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 111-117, fev. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X-2003000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X-2003000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100012>.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400010>.

HENNINGTON, Élide Azevedo; MONTEIRO, Márcia. O perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho no Vale dos Sinos e o sistema de vigilância em saúde do trabalhador. *Hist. Ciênc. Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 865-876, Dec. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702006000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000400005>.

MIRANDA, Fernanda Moura D'Almeida *et al.* Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho fatais. *Rev Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 45-51, jun. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22026/19492>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

OIT. *A Prevenção das doenças profissionais*. Organização Internacional do Trabalho (OIT). Genebra, 2013.

SANTANA, Vilma Sousa *et al.* Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 750-760, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2016. Epub 25-Set-2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000061>. (a)

SCUSSIATO, Louise Aracema *et al.* A análise dos agravos relacionados ao trabalho notificados pela unidade saúde do trabalhador. *Rev. Min. Enferm. - REME*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 88-95, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/92#>>. Acesso em: 24 jun. 2016. doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000100013>.

# REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE O PRAZER NO TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

## SOCIAL REPRESENTATION OF SOCIAL WORKERS OF PLEASURE IN WORK IN SMALL TOWNSHIPS

Renata Rigatto<sup>1</sup>

Estela Márcia Rondina Scandola<sup>2</sup>

1. Gerência de Saúde - Glória de Dourados-MS, Brasil.  
renata.rigatto@hotmail.com

2. Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) / Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul Dr. Jorge David Nasser (ESP/MS), Campo Grande-MS, Brasil.  
estelascandola@yahoo.com.br

Recebido: 29/08/2016

Aprovado: 26/11/2016

**RESUMO:** Este artigo é parte dos resultados da monografia “Trabalho e Saúde das Assistentes Sociais dos Municípios de Pequeno Porte”. **Objetivo:** Aprofundar-se em um dos eixos pesquisados, ou seja, “analisar a representação social sobre prazer no trabalho dos assistentes sociais dos municípios de pequeno porte. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com coleta de dados por meio de 13 entrevistas com questões geradoras. A organização dos dados se deu pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, visando captar a representação social das trabalhadoras assistentes sociais. **Resultados:** Foram encontradas três (3) Ideias Centrais: a) O prazer no trabalho está na rotina de atender/ajudar pessoas com problemas; b) O prazer no trabalho está nos resultados quando os direitos dos usuários são viabilizados; c) O prazer no trabalho está em ter reconhecimento e receber agradecimento dos usuários do serviço. A análise de dados ocorreu com os referenciais teóricos de Serviço Social e da Saúde do Trabalhador. **Conclusões:** A representação sobre o prazer no trabalho reside na atenção direta aos usuários, cuja instrumentalidade do Serviço Social, em diferentes condições objetivas das políticas sociais, viabilizam direitos. A satisfação no trabalho também se dá quando são reconhecidas e, isso, em municípios de pequeno porte, estende-se também no âmbito da sociedade. O distanciamento físico e político das organizações da categoria e a organização do trabalho contribuem para a alienação do trabalho. Viver e trabalhar em localidades pequenas significa indissociabilidade entre ambos. Há ausência de outras competências e habilidades da profissão, especialmente no que se refere às atividades coletivas, pesquisa, gestão e controle social. O DSC permitiu evidenciar a fala singular e particular sobre o prazer no trabalho das assistentes sociais e o seu fazer profissional em condições concretas de aviltamento ou avanços nos direitos sociais.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador; Assistente social; Serviço público; Prazer no trabalho.

**ABSTRACT:** This article is part of the results of an undergraduate thesis “Work and Health of Social Workers in small townships”. **Objective:** Its purpose is to examine the theme “analysis of the social representation of pleasure in the work of social workers in small townships”. **Materials and Methods:** It is a qualitative survey with data collection through 13 interviews with generative questions. The organization of the data was done through the technique “Discourse of the Collective Subject” looking to capture the social representation of the social workers. **Results:** Three (3) central ideas were found: a) The pleasure of the work is in the routine of attending/helping people with problems; b) the pleasure is in the results when the rights of the people are made viable; c) the pleasure in the work when social workers receive recognition and thanks from the people. The data analysis concurred with the theoretical references of Social Work and the Health of the Worker. **Conclusions:** The representation of the pleasure in the work resides in the direct attention to the people who use the health system. The representation about pleasure in the work resides in the direct attention to the people using the instruments of Social Service in its various forms always looking to guarantee the rights of the people. The satisfaction is in the recognition by the people not alone in small townships but also in society in general. The physical and political distancing of the work and class organizations contribute to the alienation of the work. To live and work in small localities signifies inseparability between both. Other competencies and skills of the profession are absent especially in reference to group activities, research, management and social control. The “DSC” permitted the highlighting of the singular and particular statement about the pleasure in the work of the social workers and their professionalism in concrete conditions of humiliation or advances in social rights.

**Key Words:** Worker’s Health; Social Worker; Public Service; Pleasure in work.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é parte da monografia “Trabalho e Saúde das Assistentes Sociais dos Municípios de Pequeno Porte”, realizada como trabalho de conclusão do curso de especialização Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-Dourados), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP-MS). O objetivo geral foi “compreender a representação social dos profissionais de Serviço Social acerca do seu trabalho realizado nos serviços públicos em seis municípios de pequeno porte na microrregião de Dourados/MS”. A partir dos resultados da referida pesquisa, observou-se que significativa parte dos discursos coletados tratava das satisfações referentes ao trabalho realizado e, por isso, nesse artigo, optou-se por aprofundar esta temática, objetivando “analisar a representação social sobre prazer no trabalho dos assistentes sociais dos municípios de pequeno porte”.

Constitui esse estudo como uma produção científica importante para a categoria, posto que traz à luz a fala das assistentes sociais, cuja atuação cotidiana, conforme poderá ser observado, é o cuidado aos demais, atividade de intensidade psíquica entre a profissional e o usuário de seu trabalho. O sujeito social, na atenção singular aos destinatários da sua práxis, constitui-se como um desafio permanente entre a compreensão e atuação nas dimensões da particularidade e totalidade. Alijar-se, na forma de alienação inerente ao trabalho no sistema capitalista, mantém as assistentes sociais em uma prática “desvinculada da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade” (IAMAMOTO, 2004).

Morar e trabalhar em cidades de pequeno porte comporta, em si, condições objetivas das relações de trabalho, pois trazem como concreto, as teias primárias de contenção e proteção no mesmo espaço. A vida privada e a pública estão imbricadas e, aproximar desta realidade, foi um dos desafios dessa pesquisa. As entrevistadas trabalham prioritariamente nas políticas de assistência social e saúde, campos de atuação avançaram no número de postos de trabalho com a implantação das políticas de garantia de direitos a partir da Constituição Federal de 1988, tendo como diretriz, em praticamente todas elas, a municipalização.

A instalação de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) não ocorreu de forma a garantir os direitos e proteção dos trabalhadores que se vincularam a essas políticas. A maioria dos serviços de assistência social, pela urgência da implantação e

poucas exigências legais trabalhistas, foi instalada de maneira precarizada no que se refere às relações de trabalho, sem concurso público e infraestrutura para execução das ações.

Aliada ao atual contexto histórico das políticas sociais brasileiras, a profissão ainda carrega, no seu histórico, o fato de que a atuação profissional não é vista, muitas vezes, como trabalho. Ao contrário, o assistente social é tido como agente de uma concepção humanista-cristã de ordenamento das relações sociais que se legitimam profissionalmente na expansão socioinstitucional conduzida pelo poder público. Os movimentos de reconceitualização da profissão e a inserção dos assistentes sociais nos movimentos sociais incidiu em uma categoria que nos espaços sócio-ocupacionais, aos poucos deixa de ser instrumento da caridade e passa a sê-lo da política pública que dá uma nova roupagem na relação Estado e sociedade civil (MOURO, 2001).

No cotidiano, no entanto, há um movimento conservador que resiste à ideia de política pública como direito e, portanto, os destinatários como sujeitos de direitos. Para os mantenedores do Estado patrimonialista, é fundamental ganhar o reconhecimento e a dívida de favor ao tutelado, que permanece sob sua vontade. Como afirma Laurell (2002), em contraponto às conquistas dos movimentos sociais, está colocada a noção de assistencialismo definido de benesses, de favores e doações caridosas, reduzindo o profissional a uma condição de autor de desprendimento e bondade.

O Serviço Social inserido nas contradições de contestação e manutenção do capital convive com as necessidades daqueles que vivem do trabalho e as conquistas históricas que fizeram. As assistentes sociais, ao processar o cotidiano do trabalho atendendo apenas necessidades individuais dos demandatários, alienam-se das necessidades coletivas como manifestação das rupturas provocadas pelo próprio capital e não interferem no alargamento das possibilidades de cidadania (FALEIROS, 2000).

Desde o início da profissão, o Serviço Social no Brasil esteve em evidência por desenvolver ações conjuntamente com o Estado, com o empresariado e com o suporte da Igreja Católica, sempre na perspectiva de enfrentar e regular questões sociais. A Igreja Católica sem dúvida teve grande importância na estruturação do perfil da profissão no país, pois ela foi responsável pelo ideário e também pelos conteúdos, além da formação dos primeiros assistentes sociais brasileiros, inscrevendo a manifestação do exercício profissional por meio da defesa dos mais empobrecidos da população (FALEIROS, 2000).

Iamamoto (2004) destaca que o significado histórico da profissão do Serviço Social só é possível compreender e desvendar os lugares que ocupa a partir

de uma visão ampla da sociedade, porque a visão endógena torna prisioneira dos muros colocados pelo corporativismo. Então, avaliar o que ocorre na profissão não pode fazer da realidade sócio-histórica o pano de fundo da análise, mas o próprio conteúdo da profissão, na medida em que atua diretamente com as expressões da questão social. O cotidiano da profissão é profundamente intrínseco à realidade política, assim como também de seus usuários.

Considerando que a trajetória da categoria foi marcadamente vinculada à realidade política do Brasil, construiu-se um projeto ético-político que pressupõe o exercício profissional de forma a garantir o alargamento dos exercícios coletivos de cidadania. Aquilo que faz na categoria, de organização e luta por direitos, também se fará com os usuários de sua prática. Netto (1999), ao discutir o papel do projeto ético-político da categoria, observa que esse serve de referência para o profissional visando à perspectiva crítica que contemple as contradições presentes nas relações sociais. O projeto ético-político da profissão formula preceitos e prescreve normas para o comportamento dos profissionais e as bases de relacionamentos com os usuários, com as instituições e com as demais profissões.

Gentili (2006) afirma que um fato a ser pensado é o da profissão não ter como se estabelecer fora das relações de mercado nas quais os assistentes sociais aparecem como vendedores de força de trabalho, que deriva de uma relação de trabalho como outra qualquer e, portanto, em relações de poder que são as bases da atuação profissional. Embora a organização histórica da categoria tenha construído os fundamentos teóricos, o cotidiano não deriva de uma relação pensada em termos da teoria da ação ou da teoria da práxis, como concebida e reificada na aprendizagem acadêmica. A realidade se apresenta com as exigências de intervenção objetadas como produto. Para isso as dificuldades da profissão ocorrem no processo de trabalho.

Independentemente da forma social que assumam – diretamente inseridos nas estruturas empresariais ou vinculados a organismos políticos da sociedade civil e do Estado –, os assistentes sociais estabelecem vínculos contratuais com os empregadores, o que caracteriza uma relação de trabalho. Nesse sentido, o Serviço Social constitui-se num processo de trabalho particular e o assistente social num trabalhador que se insere nas relações sociais da sociedade capitalista com sua força de trabalho (SILVEIRA, 1989).

A estrutura do processo de trabalho profissional do Serviço Social se organiza por meio de serviços e representações. Tais serviços, sobretudo aqueles que assumem a forma incorporada, dependem excessivamente das representações e discriminações teóricas que o profissional realiza acerca do objeto

organizacional e institucional, da finalidade de ambos, e, por fim, do âmbito da inserção profissional na organização, assim como da plasticidade do âmbito de suas atividades específicas (GENTILI, 2006).

Olivar (2010) enfatiza que é nesse contexto de contradições que a ação do Serviço Social se estabelece como um trabalho manifestado na correlação de forças de determinado local de trabalho, geralmente organizado a partir da segmentação das necessidades dos usuários.

Essa profissão tem, na sua essência, o trabalho nas contradições entre manter a coesão social e o alargamento das rupturas; entre a caridade e o direito social; entre as exigências legais e as condições objetivas de execução do trabalho; entre o desenvolvimento de vínculos e a objetividade técnica exigida; entre a carga de trabalho prioritariamente na atenção individual em detrimento de ações coletivas, entre tantas outras contradições. Sobretudo, a categoria que trabalha nas expressões da questão social convive com as suas lutas enquanto classe trabalhadora e, portanto, direito de ter direitos e, não de forma contraditória, mas concorrente, a exigência de garantir o direito de outros/as solicitantes.

Dejours (2005) afirma que o próprio trabalho tem conotação contraditória: ao mesmo tempo em que se apresenta como meio de sofrimento, por outro lado, expressa a satisfação de desejos, necessidades concretas e simbólicas. Em qualquer situação de trabalho, portanto, há que se levar em conta tanto as relações de trabalho como o manejo como os trabalhadores tratam o sofrimento e os prazeres. Nessa perspectiva, para as assistentes sociais, as exigências das diferentes manifestações do cuidar estão no seu cotidiano: cuidar das causas e dos direitos sociais; dos direitos dos demais e, dos seus direitos enquanto trabalhadoras que podem estar em sobrecarga de trabalho.

A centralidade do trabalho na identidade do ser social também significa que os sentimentos advindos dele têm significado para toda a vida dos trabalhadores e, portanto separar trabalho dos demais âmbitos do viver torna-se um exercício de difícil trato ou, porque não dizer, praticamente impossível. No caso dos assistentes sociais que trabalham nas desigualdades sociais advindas das relações de classe, gênero, etnoracial, orientação sexual, deficiências, origem territorial dentre outras, a atuação profissional ocorre sempre em contextos de avanços e/ou negação de direitos.

Assim, o trabalho não ocorre somente no âmbito de locais e horários pré-estabelecidos, mas expande-se no cotidiano. Por isso, a importância da organização do trabalho, pois, conforme Dejours (2005) afirma, é esta que interfere no psíquico e no desejo, incidindo sobre

sentimentos a respeito do significado para si e para os conviventes.

As condições em que é executado o trabalho, a tensão permanente entre o querer do profissional, o querer do usuário e os valores socialmente construídos do trabalhador compõem a singularidade do ser social trabalhador assistente social, cujas condições em que exerce sua profissão constituem o seu pensar e o seu sentir. Segundo Dejours (2005), nas relações de trabalho ocorre o choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperança, de desejos, e uma organização do trabalho que, em grande parte, a ignora e, portanto, não dispõe de condições para realização humana. Também é da ação humana, segundo o autor, a busca de realização de seus desejos e, portanto, o movimento em torno da conquista de espaço de condições para sua satisfação.

Os assistentes sociais como categoria estão vinculados majoritariamente pelo trabalho nas políticas sociais. O significado disso é que as mudanças que ocorrem, seja para o alargamento de direitos ou tornar os direitos como residuais afetam diretamente a atuação profissional. As conquistas da Constituinte de 1988, em grande parte incorporaram os fundamentos do projeto ético-político profissional. No entanto, os ataques neoliberais que se seguiram impõem exigências à prática profissional em uma sociedade que necessariamente não incorporou no pensamento social as novas mudanças (YAZBEK, 1993).

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pelas leis 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b) com os fundamentos da universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, teve o seu maior crescimento de serviços à população e de número de trabalhadores no âmbito municipal. Na política de assistência social, embora a Lei 8.742 (BRASIL) seja de 1993 e os serviços comecem a ser instalados já na perspectiva do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), somente em 2011 esse se constituiu legalmente. Ambas as políticas dispõem do maior número de postos de trabalho da categoria nos serviços públicos, especialmente para os grupos atingidos pelas iniquidades.

No mesmo processo histórico dos movimentos sociais que conquistaram o SUS e o SUAS ocorreu a luta pela saúde do trabalhador. Essa política surgiu como uma das respostas institucionais diante dos diversos movimentos sociais que reivindicavam que ela fosse incorporada no direito universal à saúde e incluídos na Saúde Pública, ocupando um campo das políticas públicas que busca a compreensão das relações de trabalho e o processo saúde/doença. Sugere-se um olhar atento às condições de saúde dos trabalhadores, não só o simples fato de ausência de doenças, mas uma compreensão em todas as

dimensões. Saúde do trabalhador é termo histórico que pressupõe a participação dos trabalhadores em todas as questões que dizem a respeito à saúde e ao trabalho (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990a), em seu artigo 6º inciso I, complementa a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002) ressaltando que cabe ao SUS intervir nos ambientes de trabalho com um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Determina que seja de competência do SUS a atenção à saúde do trabalhador seja ele/ela urbano ou rural, independentemente do vínculo empregatício.

Saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares. (BRASIL, 2004, p. 6).

Como afirma Olivar (2010), a saúde do trabalhador tem como base a historicidade e a criatividade que trazem à luz a análise do processo de trabalho e o trabalhador como ser social. Nesses dois conceitos, o trabalhador intervém no seu processo de trabalho e na luta por saúde como luta por direitos.

Para Campos (2005), há a necessidade de definir os meios que darão suporte aos trabalhadores na sua atividade laboral. São esses aportes que farão o fundamento tanto para qualidade das práticas, quanto interferirá também no grau de resistência e tolerância com que a pessoa conta para enfrentar, no dia a dia, a relação permanente com a dor e o sofrimento dos usuários. As assistentes sociais ao verbalizarem as satisfações, reconhecimentos e prazeres no trabalho, fazem desse exercício uma forma de regulação dos sofrimentos diante das impossibilidades de realização das suas potencialidades humanas, especialmente na função social do seu trabalho em seus múltiplos significados e abrangências.

Os profissionais de Serviço Social têm na temática saúde e trabalho diferentes papéis como sujeitos sociais: são trabalhadores em saúde do trabalhador; são trabalhadores destinatários de política de saúde do trabalhador e podem ser gestores da política. Por isso, ouvir as assistentes sociais cumpre diversos papéis de uma pesquisa, ou seja, não somente ilumina a realidade e constrói conhecimento científico. Sobretudo, interfere nessa realidade quando faz emergir a voz das trabalhadoras assistentes sociais e possibilita que se identifiquem como sujeitas de sua emancipação.

## MATERIAS E MÉTODOS

A metodologia da pesquisa é qualitativa que, segundo Minayo (2010), tem como objetivo primordial o levantamento de opiniões, atitudes e crenças, buscando o significado, o movimento e o sentido a uma realidade, sobretudo sob a ótica dos próprios sujeitos envolvidos na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu em entrevistas individuais gravadas, mediadas por questões geradoras, entre os meses de outubro e novembro de 2011. As participantes foram as assistentes sociais que atuam nos serviços públicos da microrregião de Dourados (Mato Grosso do Sul) em seis municípios com população inferior a 14 mil pessoas, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2010): Laguna Carapã (6.493), Glória de Dourados (9.928), Deodápolis (12.131), Douradina (5.365), Jateí (4.017) e Vicentina (5.901) habitantes.

Os dados foram organizados utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo- DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005), visando captar a representação social das trabalhadoras assistentes sociais. A opção por essa instrumentalidade orientada pelos autores deu-se em face da acorção teórico-metodológica da profissão, pois permite evidenciar a fala dos sujeitos sociais. Por outro lado, está alinhado ao projeto ético-político da profissão, na medida em que permite compreender as contradições existentes nos marcos da organização socioeconômica e, assim, evidenciar as possibilidades de construir novos instrumentos em favor dos direitos sociais.

Após leitura exaustiva das transcrições das entrevistas individuais, foram identificados 5 (cinco) eixos: a) 1 - Prazer no Trabalho; b) Dificuldades na execução do trabalho; c) Exigências de Comportamento fora do Trabalho; d) Carga e Impactos do Trabalho na Saúde; e) Doenças do Trabalho e Regulação do Sofrimento. Em cada eixo foram organizadas as Ideias Centrais- IC e os Discursos do Sujeito Coletivo – DSC. A relação entre a construção dos Eixos, Ideias Centrais e DSC ocorreu em recomposições e recriações sucessivas, como orientam os autores, de forma a garantir a permanência da busca da objetividade frente aos dados coletados.

Na proposição de Lefèvre e Lefèvre (2005, p.16) o DSC, ao mesmo tempo em que expressa a presença de um sujeito individual em discurso, é também a referência coletiva “na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade”. É esse sujeito coletivo que expressa o pensamento social. O DSC é uma forma de a coletividade falar diretamente, expressar a representação social, as formações discursivas existentes na sociedade.

A decisão por trabalhar neste artigo o eixo que se refere ao prazer no trabalho e seu aprofundamento, permitiu a reorganização das Ideias Centrais, visando torná-las de mais fácil apreensão por parte dos leitores. Assim, neste artigo, trabalhamos com três (3) IC, mantendo a análise por eixo.

Sobre a ética em pesquisa tão cara ao SUS e aos assistentes sociais, o projeto obteve aprovação no CEP – FIOCRUZ com o número n. 249/2011, cumprindo as exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética do Serviço Social.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nos seis municípios de pequeno porte da microrregião de Dourados, cobertos por esta pesquisa, foram identificadas 16 assistentes sociais trabalhando em diferentes setores das políticas sociais. Entre essas, foram entrevistadas 13 profissionais, cujos resultados sobre o prazer no trabalho estão descritos nas Ideias Centrais e DSCs que seguem:

**Ideia Central A:** O prazer no trabalho está na rotina de atender/ajudar pessoas com problemas.

**DSC** – *“Mesmo sabendo que é difícil, que eu vou chegar aqui eu vou encontrar pessoas me esperando com problemas já para eu resolver, mesmo assim eu venho bem. É uma coisa que eu gosto... Então, para mim, trabalhar lá está sendo bom. Eu não tenho do que reclamar. Eu gosto muito do trabalho assim: quando eu chego é gostoso. Você atende um, atende outro e o tempo passa rápido. Ajudar é muito bom. Sabe..., esse que é o prazer da gente.”*

**Ideia Central B:** O prazer no trabalho está nos resultados quando os direitos dos usuários são viabilizados

**DSC** – *“Eu gosto de trabalhar com gente. Então me dá prazer realmente fazer diferença na vida daquela família de alguma forma. Então é isto que me dá prazer, principalmente quando consegue haver mudança no contexto. É muito bom, quando você realmente consegue solucionar o problema, viabilizar os direitos.”*

**Ideia Central C:** O prazer no trabalho está em ter reconhecimento e receber agradecimento dos usuários do serviço

**DSC** – *“Eu gosto quando eu atendo os idosos. Eles já vão lá tão carentes. E, quando você consegue fazer o procedimento que eles estão precisando no atendimento, eles reconhecem seu trabalho. Agradecem! Isso é o agradecimento e o reconhecimento das pessoas usuário, e não das outras pessoas, mais de quem usa o serviço. As pessoas sabem realmente como agradecer. O*

*“pessoal é bem agradecido. Isso que é o gratificante no nosso serviço.”*

A primeira Ideia Central registra que o prazer no trabalho é obtido com as atividades de contato direto com os usuários. As profissionais relataram que isso faz com que se sintam importantes atendendo as demandas dos usuários que delas necessitam. O Serviço Social enquanto profissão está diretamente vinculado a atividades relacionais. Não se trata de quaisquer relações, sobretudo do atendimento mediado pela instrumentalidade da profissão. Significa um conjunto de conhecimentos que vão desde normativas institucionais, manejos de documentos e fontes de acesso a direitos, encaminhamentos institucionais e conhecimento das redes de serviços, capacidade técnica de registro de demandas e dados, elaboração de relatórios e pareceres, dentre outras competências técnicas. Sobretudo, necessita habilidades para escuta qualificada, argumentação e orientação, acolhida e tomada de decisões junto com os usuários buscando resolutividade para cada situação. Nesse atendimento direto, há um processo de permanente expectativa sobre a próxima demanda que poderá ocorrer. As exigências profissionais demandam a atenção integral e, o reconhecimento do prazer nessas múltiplas e complexas atividades carrega, em si, a representação social de uma das particularidades da profissão que é o trabalho nas diferentes expressões da questão social a partir de cada situação singular.

Na segunda Ideia Central, o prazer está na consequência do fazer profissional, ou seja, quando os direitos sociais dos usuários são garantidos. Esse acesso aos direitos, no entanto, não está sob a decisão das assistentes sociais, muito embora sejam profissionais que dominem o manejo de diferentes legislações e as possibilidades de garantia a partir das próprias contradições do Estado. Ao deparar-se com um direito garantido, por meio da sua atuação profissional, além do prazer em conviver com o usuário em melhores condições e, portanto, também satisfeitos, as assistentes sociais se sentem qualificadas para o trato adequado do que lhe foi demandado. Nessa situação, em específico, também pode ocorrer a valorização profissional diante dos demais trabalhadores daquele ambiente e até mesmo o reconhecimento social por parte dos demais usuários e dos gestores. Essa perspectiva, embora não presente no discurso necessita ser considerada.

E, no terceiro discurso, praticamente decorrente dos demais, refere-se ao recebimento de agradecimentos e reconhecimentos por parte dos usuários. É inerente ao trabalho das assistentes sociais responderem às demandas dos usuários sem que, necessariamente esses vejam isso como exercício profissional qualificado. No entanto, ao utilizar sua instrumentalidade intencional de evidenciar os direitos sociais e as correlações de força existentes na

sociedade, ao receber agradecimentos e reconhecimentos, mesmo quando o direito ainda não foi acessado, as profissionais podem perceber que os usuários compreenderam seu agir, suas potencialidades e suas limitações. É desse prazer que deriva a certeza que se fez um trabalho de relações verdadeiras entre trabalhadores – o usuário e a assistente social – cujo labor se dá em condições nem sempre propícias à consecução de objetivos.

## CONCLUSÃO

Esses discursos indicam que a satisfação no trabalho reside, em grande parte, aparentemente na ação dual assistente social e usuário, mediada pelas condições objetivas das políticas sociais em suas diferentes formas de organização. No entanto, ao aproximar dos discursos percebe-se que o prazer no trabalho ocorre na atuação visando a garantia de direitos e, isso só é possível, no caso das assistentes sociais, quando há o manejo de instrumentalidades profissionais com competências e habilidades inerentes ao Serviço Social.

O fato da satisfação no trabalho estar vinculada à viabilização de direitos de outros, ou seja, tem a ver com a intervenção social comprometida com o outro, revela a presença das assistentes sociais como ser social que está na e para a comunidade. As assistentes sociais dos municípios de pequeno porte trabalham e moram no mesmo território. Há uma quase indissociabilidade entre o trabalho e a vida particular, coexistindo e interpondo-se. O reconhecimento profissional ou o reconhecimento como pessoa da comunidade, os agradecimentos e a ajuda compõem o mesmo universo.

A atividade profissional, nesse contexto, não é só um modo de inserção no mercado de trabalho, mas também é uma forma de inserção social complexa que toma todos os espaços públicos e privados naquelas localidades, situação em que os aspectos psíquicos estão fortemente implicados, regulando o seu viver.

A representação social dessas profissionais acerca do seu trabalho revela que elas se veem como parte importante na execução de suas atividades finalísticas das políticas sociais, não explicitando os demais âmbitos como fonte de satisfação profissional. A ausência de descrição de ações socioeducativas coletivas, de planejamento, pesquisa, supervisão de estágio, atuação com movimentos sociais e controle social, inscritos em todos os parâmetros para a atuação profissional merecem ser aprofundados em outros estudos. A não fala sobre essas práticas profissionais, como sendo fonte de prazer, pode indicar diferentes problemáticas vivenciadas como carga de trabalho e não espaço profissional para essas ações. Também pode significar que essas competências profissionais

não ensejam prazer, pois requerem manter-se em permanente atualização profissional, o que nem sempre é possível em localidades pequenas, além do tensionamento com a organização do processo de trabalho e luta cotidiana por relações de trabalho menos alienantes.

O distanciamento dos coletivos mais críticos da categoria e o entranhamento na execução das políticas sociais visando ao cumprimento de metas focadas no atendimento aos direitos individuais e fragmentados, a pressão tanto dos *sistemas únicos* quanto dos gestores locais, constituem bases importantes para a alienação. O atendimento ao emergencial, ao visível, à demanda cotidiana a ser regulada, impede a atuação enquanto projeto profissional de evidenciar as fraturas sociais e exercícios coletivos de empoderamento com vistas à denúncia e enfrentamento dos problemas.

É do cotidiano profissional realizar, responder e monitorar pesquisas, vigilâncias, levantamentos e bancos de dados das políticas sociais. No entanto, pouco se tem realizado para viabilizar o espaço de fala para essas profissionais no sentido de compreendê-las como pessoas de direitos. A representação social a partir dos DSCs permitiu evidenciar o movimento entre a singularidade e particularidade que reveste o fazer profissional nas condições sócio-históricas que pendula entre aviltamento e avanços nos direitos sociais.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 39 de 19 de dezembro de 2002. Brasília: Senado Federal, 2002. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_19.12.2002/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_19.12.2002/CON1988.pdf)>. Acesso em: 7 fev. 2016.
- \_\_\_\_\_. IBGE. *Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_mato\\_grosso\\_do\\_sul.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_mato_grosso_do_sul.pdf)>. Acesso em: 2 mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, dez. 1990a. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 1º mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 1º mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, dez. 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm)>. Acesso em: 1º mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos\\_portaria\\_interministerial\\_80\\_0.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_80_0.pdf)>. Acesso em: 1º mar. 2016.
- CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-83, 2005.
- DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Traduzido por Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. 5. ed. reimp. São Paulo: Cortez/Oboré, 2005.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- GENTILLI, Raquel. *Representações e práticas: identidade e processo de trabalho no serviço social*. 2. ed. São Paulo: Veras, 2006. (Temas, 1).
- HOEFEL, Maria da Graça; DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Jandira Maciel. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”, 3., 2005. *Coletânea de Textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 61-67. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea\\_textos\\_econf.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2011.
- IAMAMOTO, Marilda Vilella. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo: trajetória e desafios. In: MOLINA, María Lorena (Coord.) *La cuestión social y la formación profesional en trabajo social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana*. Buenos Aires: Espacio, 2004. p. 7-50.
- LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. Traduzido por Rodrigo León Contrera. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2. ed. Caxias do Sul: Educus, 2005. (Coleção Diálogos).
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOURO, Helena. Serviço social: um século de existência. In: MOURO, Helena; SIMÕES, Dulce (Coords.). *100 anos de Serviço Social*. Coimbra: Quarteto, 2001. p.22-60.
- NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: \_\_\_\_\_. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília: Cead/ABEPS/CFESS, 1999. (Modulo, 1)
- OLIVAR, Mônica Simone Pereira. O campo político da saúde do trabalhador e o serviço social. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 102, p. 314-338, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a07n102.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2016.
- SILVEIRA, Paulo. Da alienação ao fetichismo: formas de subjetivação e objetivação. In: SILVEIRA, Paulo; DORAY, Bernard (Orgs.). *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989. p. 41-76.
- YAZBEK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 1993.

## DOAR SANGUE É COMPARTILHAR VIDA: ANÁLISE DE CONTEÚDO DE APRENDIZAGEM DE UM CARTAZ DA CAMPANHA NACIONAL DE DOAÇÃO DE SANGUE

### DONATE BLOOD IS TO SHARE LIFE: LEARNING CONTENT ANALYSIS OF A POSTER OF THE NATIONAL BLOOD DONATION CAMPAIGN

Roberta Peliçari Coelho<sup>1</sup>  
Igor Tadeu de Siqueira Calmon<sup>2</sup>  
Antonio Sales<sup>3</sup>  
Cibele de Moura Sales<sup>4</sup>

1. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) Dourados-MS, Brasil.  
roberta\_dede@yahoo.com.br
2. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) Dourados-MS, Brasil.  
igorcalmon@outlook.com
3. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) Dourados-MS, Brasil.  
profesales2@gmail.com
4. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) Dourados-MS, Brasil.  
cibele.sales1@gmail.com

Recebido: 29/09/2016  
Aprovado: 21/11/2016

**RESUMO:** No Brasil, os hemocentros têm encontrado dificuldades em manter um nível de estoque de bolsas de sangue que atendam às demandas da população. Assim, o Ministério da Saúde (MS) elabora anualmente a Campanha Nacional de Doação de Sangue. Sabendo-se que a comunicação na Campanha Nacional de Doação de Sangue são realizadas a partir de materiais educativos impressos, além de recursos audiovisuais, faz-se necessário conhecer o processo comunicativo realizado através destes. **Objetivo:** Realizar a análise do conteúdo de aprendizagem de um cartaz da Campanha Nacional de Doação de Sangue. **Materiais e Método:** Trata-se de uma pesquisa documental realizada a partir da análise de conteúdo de aprendizagem sob a perspectiva de Antoni Zabala de um material educativo impresso elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) para a Campanha Nacional de Doação de Sangue do ano de 2015. **Resultados:** O material educativo impresso analisado buscou, através dos seus conteúdos, estimular a doação de sangue apresentando uma imagem que remete ao gesto de solidariedade e gratidão. Segundo a análise realizada, foram encontrados conteúdos atitudinal e conceitual, atitudinal e procedimental e conceitual, atitudinal e factual. **Conclusão:** o presente estudo possibilitou entender a importância da comunicação nos processos de ensino-aprendizagem demonstrando que não existe uma única corrente de interpretação e construção deste processo sendo necessário agregar à utilização do material educativo outras formas de sensibilização dos doadores para que a participação de todos possa ocorrer de maneira efetiva, doando sangue e compartilhando vidas num gesto de solidariedade.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Material educativo impresso; Doação de Sangue.

**ABSTRACT:** In Brazil, blood centers have found it difficult to maintain a stock level of blood bags that meet the demands of the population. Thus, the health ministry shall draw up annually national blood donation campaigns. Knowing that communication in national blood donation campaigns are made from printed educational materials, and audio visual resources, it is necessary to know the communication process performed by these. **Objective:** The purpose of this article is perform analysis of learning content of a poster of the national donation campaign. **Materials and Methods:** It is a documentary research performed from the learning content analysis under Antoni Zabala perspective of an educational printed material prepared by the Ministry for 2015 national blood donation campaign. **Results:** The analyzed printed educational material sought, through its contents, stimulate blood donation presenting an image that refers to the gesture of solidarity and gratitude. According to the analysis carried out, attitudinal and conceptual, attitudinal and procedural and conceptual, attitudinal and factual contents were found. **Conclusion:** Thus, this study made it possible to understand the importance of communication in teaching and learning processes demonstrating that there is no single current interpretation and construction of this process it is necessary to add the use of educational material other forms of awareness of donors to the participation of all can effectively occur, donating blood and sharing lives in a solidarity gesture.

**Keywords:** Health Education; Printed Educational Material; Blood Donate.

## INTRODUÇÃO

A doação de sangue representa uma temática de interesse mundial, uma vez que ainda não foi possível a reprodução de algum produto com características similares capaz de substituir o tecido sanguíneo, fundamental à vida humana. No entanto, no Brasil, os hemocentros têm encontrado dificuldades em manter um nível de estoque de bolsas de sangue que atendam às demandas da população, comprometendo, dessa maneira, o atendimento às emergências ou o tratamento de doenças que necessitam dessa substância (RODRIGUES; REIBNITZ, 2011).

O ato de doar sangue nem sempre foi de caráter altruísta na história do Brasil. Na década de 1970, os serviços públicos exigiam a doação de sangue para a internação hospitalar, além de realizarem coletas de sangue nos presídios, em troca de cigarros. Existiam também, bancos de sangue privados que praticavam a “doação remunerada”, criando assim, uma espécie de profissão (GUERRA, 2005).

Entretanto, a doação de sangue remunerada no Brasil foi proibida pela Constituição Federal (CF) de 1988, regulamentada pela lei nº 10.205 de 21 de março de 2001 permanecendo até os dias atuais (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005).

A partir dessa transformação da relação entre os doadores, não mais remunerados, com os bancos de sangue, foi necessário reforçar o caráter altruísta do ato de doar sangue sendo necessário uma mobilização por parte do Governo Federal em desenvolver estratégias de motivação e incentivo à participação popular para manter os estoques compatíveis com a demanda do país (RODRIGUES, 2013).

Assim, o Ministério da Saúde (MS), em colaboração com o Governo Federal elabora anualmente Campanhas Nacionais de Doação de Sangue. Segundo Polistchuck (1999), as Campanhas de Saúde têm como finalidade influenciar um público alvo em um determinado período utilizando a comunicação como estratégia.

Sabendo-se que a comunicação na Campanha Nacional de Doação de Sangue é realizada a partir de materiais educativos impressos, além de recursos audiovisuais, faz-se necessário conhecer o processo comunicativo realizado através destes, tendo em vista que sua elaboração de maneira adequada, pode resultar em benefícios individuais e sociais (FREITAS; REZENDE FILHO, 2011).

A partir dessa perspectiva, o presente artigo tem como objetivo realizar uma análise de conteúdo de um material educativo impresso no formato de cartaz elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) para a

Campanha de Doação de Sangue do ano de 2015 sob a perspectiva de Zabala (1998).

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, a Educação em Saúde ganhou visibilidade a partir da Educação Sanitária na década de 1920, que se apoiava no Modelo Tradicional de Educação, em que o educando representa apenas o receptor de um conhecimento que é transmitido de maneira verticalizada, sem a sua participação ativa ou diálogo com os outros colegas (REIS *et al*, 2013).

Nessa época, as ações educativas em saúde visavam o tratamento das doenças e buscavam mudanças nos comportamentos dos indivíduos reforçando os hábitos de higiene como estratégia de enfrentamento das doenças que acometiam o país naquele momento (REIS *et al*, 2013).

A educação sanitária focava as crianças, pois acreditava-se que a plasticidade neural apresentada por elas facilitava o processo de aprendizagem, enquanto os adultos, tenderiam a apresentar uma resistência maior à aprendizagem, posto que essa capacidade em apreender novos conteúdos diminuiria proporcionalmente à perda da plasticidade neural. Com isso, o cenário de implementação das ações e programas educativos passou a ser a escola primária (ROCHA, 2003).

A partir de 1970 e 1980, a concepção de Educação em Saúde passou a ser influenciada por ideias de Paulo Freire. Essa nova concepção parte de uma educação problematizadora e reconhece o diálogo como peça fundamental para o desenvolvimento do processo educativo, colocando o educando como um sujeito ativo desse processo (REIS *et al*, 2013), não apenas durante o período da infância, mas por toda a vida, uma vez que considera os sujeitos como seres inacabados e com capacidade de aprendizado inerente à espécie humana (FREIRE, 1996).

Entretanto, devemos levar em consideração que a comunicação entre os sujeitos não ocorre apenas a partir do diálogo, mas constitui-se como um processo de compreender e compartilhar mensagens sendo as próprias mensagens e o modo como são compartilhadas capazes de influenciar o comportamento dos sujeitos (STEFANELLI, 1993).

Sendo assim, é possível que a comunicação seja realizada a partir de materiais impressos (folhetos, cartazes, cartilhas) ou recursos audiovisuais podendo ser transmitida por meios de comunicação de massa tais como: televisão, rádio, revistas, jornais, internet; meios de comunicação da cultura popular como: canções, teatro, contadores de histórias e também a partir das relações interpessoais (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

## MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO

Entendemos por materiais educativos impressos recursos capazes de contribuir para a mediação entre profissionais de saúde e a população podendo ter o formato de cartazes, cartilhas, folders, panfletos ou livretos (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

Estes recursos são amplamente utilizados nos serviços e práticas de saúde, tendo nesse contexto, a finalidade de veicular mensagens de saúde e facilitar o processo de ensino-aprendizagem da população a qual pretende-se alcançar (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

No entanto, as utilizações de materiais educativos impressos como estratégias na Educação em Saúde podem apresentar limitações decorrentes, entre outros fatores, do nível de escolaridade dos leitores e da inadequação do material elaborado (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Portanto, para que o uso desses materiais se constitua como uma prática educativa dialógica e participativa, faz-se necessário que as informações selecionadas para compor esses materiais forneçam elementos necessários para que a população seja capaz de tomar decisões conscientes ao invés de prescrever comportamentos. Também deve ser orientada pelo intercâmbio de significados e troca dos saberes entre os sujeitos sociais envolvidos no processo educativo (SANTOS; ROZEMBERG; 2006) configurando-se assim, como uma ferramenta coerente com a concepção Freireana de educação.

## O MATERIAL EM ANÁLISE

Vivemos em uma civilização culturalmente visual, marcada pela fotografia, televisão, cinema, revistas, jornais, moda. Nesse contexto, a utilização dos cartazes também ocupa um importante papel na composição do espaço urbano tendo, entre os meios citados, um papel importante na determinação de comportamento e formação de opinião dos indivíduos (MOLES, 1974).

O conteúdo de um cartaz é elaborado a partir da mensagem que se deseja transmitir e do receptor que se deseja alcançar. Portanto, a escolha dos elementos que compõe um cartaz é influenciada pelo modo de pensar e agir deste receptor frente a determinado assunto (MOLES, 1974).

Oliveira *et al* (2007) afirma que somente, se os conteúdos do cartaz apresentarem-se totalmente integrados ao imaginário social é que conseguirão atingir a finalidade de veicular por símbolos e significados, as mensagens que se deseja transmitir aos sujeitos pretendidos.

No entanto, a compreensão sobre um cartaz é acompanhada pela subjetividade de cada indivíduo resultante da interação complexa de múltiplos fatores, semelhante ao mecanismo de compreensão do próprio processo de saúde-doença (OLIVEIRA *et al*, 2007).

Assim, o processo de compreensão da mensagem difundida pelo cartaz perpassa as experiências e experimentação dos espaços e acontecimentos sociais carregados por significados particulares dos sujeitos. (OLIVEIRA *et al*, 2007)

## CONTEÚDOS DE APRENDIZAGEM

Antes de conceituar os tipos de conteúdo de aprendizagem é importante observar que ao efetuar uma análise diferenciada dos conteúdos, é adequado nos prevenir do risco de compartimentar o que nunca se encontra de modo separado nas estruturas de conhecimento (ZABALA, 1998).

De acordo com o autor, neste sentido estrito, os fatos, conceitos, técnicas, valores, etc., não existem. Estes termos foram criados para ajudar na compreensão dos processos cognitivos, afetivos e condutuais, o que torna necessária sua diferenciação e parcialização metodológica em compartimentos para podermos analisar o que sempre se dá de maneira integrada (ZABALA, 1998)

Sendo assim, a diferenciação dos elementos que as integram e, inclusive, a tipificação das características destes elementos, que denominamos conteúdos, é uma construção intelectual para compreender o pensamento e o comportamento das pessoas (ZABALA, 1998).

A aprendizagem de conceitos ou princípios deve ser a mais significativa possível, provocando um verdadeiro processo de elaboração e construção pessoal do conceito, ou seja, o aluno deverá ser capaz de interpretar, compreender e expor esses conceitos (ZABALA, 1998).

Para Zabala (1998, p. 39),

[...] os conceitos e os princípios são termos abstratos. Os conceitos se referem ao conjunto de fatos, objetos ou símbolos que têm características comuns, e os princípios se referem às mudanças que produzem num fato, objeto ou situação em relação a outros fatos, objetos ou situações que normalmente descrevem relações de causa-efeito ou de correlação.

Dessa maneira, os conteúdos conceituais mostram o que o indivíduo deve saber, incorporando os fatos, conceitos e princípios. Os fatos possuem caráter concreto e decisivo e são apreendidos de forma memorística, o indivíduo identifica as informações e pode integrá-las como novos conhecimentos aos já existentes na estrutura cognitiva (ZABALA, 1998).

Os conteúdos de aprendizagem factuais se referem ao conhecimento produzido a partir de fatos, acontecimentos, situações, dados e fenômenos concretos, singulares, que são reproduzidos fielmente pelos alunos da forma que memorizou, por meio de repetição verbal (ZABALA, 1998).

A aprendizagem dos conteúdos procedimentais é o conjunto de ações ordenadas e com um fim, dirigidas para a realização de um objetivo. Mostram o que o indivíduo deve saber fazer, ou seja, são apreendidos, principalmente, mediante a realização contínua das ações que compõem o procedimento em situações sobre o assunto em estudo. Um procedimento pode, inclusive, ser mecânico (ZABALA, 1998).

A exercitação múltipla é um elemento fundamental para o domínio competente, outro fator que permite a conscientização da atuação é a reflexão sobre a própria prática em contextos diferenciados, essas ações são necessárias para que ocorra a aprendizagem dos conceitos e princípios (ZABALA, 1998).

Os conteúdos atitudinais mostram como o indivíduo deve ser, ou seja, supõe a reflexão sobre os valores, normas e atitudes na sua orientação. Compreende-se os valores por princípios ou as ideias éticas que permitem às pessoas emitir um juízo sobre as condutas e seu sentido. As atitudes são tendências ou predisposição relativamente estáveis das pessoas para atuar de certa maneira, são a forma como cada pessoa realiza sua conduta de acordo com valores determinados (ZABALA, 1998).

A valorização de atitudes deve ter postura crítica em relação aos diferentes assuntos, às condições de vida, respeitar os colegas e a si mesmo; colaborar nos trabalhos em grupo e respeitar a participação dos colegas, como recurso imprescindível à construção da cidadania, são exemplos de aprendizagem de conteúdos atitudinais (ZABALA, 1998).

## MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental realizado a partir da análise do conteúdo de aprendizagem de um material educativo impresso no formato de cartaz elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em colaboração com o Governo Federal para a Campanha Nacional de Doação de Sangue do ano de 2015. O material selecionado foi distribuído em nível nacional, além de encontrar-se disponível para download no endereço eletrônico do MS.

A pesquisa documental visa produzir e reelaborar conhecimentos criando novas formas de compreender os fenômenos. Assim, o pesquisador deve interpretar os fatos, sintetizar as informações, reconhecer tendências e realizar inferências dentro do possível (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A análise do conteúdo de aprendizagem foi realizada a partir da tipologia proposta por Antoni Zabala (1998), sendo analisados os componentes textuais do cartaz, além da imagem vinculada.

O critério utilizado para a seleção do material educativo foi influenciado pela vivência profissional dos autores que reconheceram nessa campanha de saúde uma importante iniciativa do Governo Federal em incentivar a população a doar sangue e assim, participar e contribuir com o Sistema Único de Saúde (SUS).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do conteúdo abordado realizou-se a análise de um material educativo, utilizado pelo Ministério da Saúde na campanha de doação de sangue de 2015, o cartaz através dos seus conteúdos visa estimular a doação de sangue, trazendo uma imagem que remete ao gesto de solidariedade e gratidão (Figura 1).

**Figura 1.** Cartaz da campanha de doação de sangue de 2015, do Ministério da Saúde.



Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/doesangue/>.

A análise dos conteúdos de aprendizagem de acordo com a proposta de Zabala, acerca dos conteúdos textuais do material educativo foram expostos e estruturados em forma de tabela para facilitar o entendimento, dividido em conteúdo, a tipologia dos conteúdos de aprendizagem conforme descrita por Zabala e a justificativa das análises dos autores sobre os conteúdos apresentados (Tabela 1).

**Tabela 1.** Análise dos conteúdos de aprendizagem do material educativo.

CONTEÚDOS	TIPOLOGIA	JUSTIFICATIVA
Doar sangue é compartilhar vida.	Atitudinal e Conceitual	Conceitual, pois o ato de doar sangue pode salvar vidas, e através dos fatos, acontecimentos e situações é possível determinar os valores e atitudes desta ação.
Seja um doador de sangue. Procure o hemocentro mais próximo.	Atitudinal e Procedimental	Pode-se dizer que possui conteúdo atitudinal pois é através desta ação que podemos salvar vidas e conteúdo procedimental pois orienta uma ação ordenada com uma finalidade.
Doar sangue é a possibilidade de compartilhar o que temos de mais valioso. Por isso, estendemos o braço a você, doador, como um gesto de agradecimento, um pedido de retorno e, da mesma forma, um convite àqueles que ainda não doaram. A participação de todos é fundamental.	Conceitual, Atitudinal e Factual.	Trata-se de conteúdos conceitual, atitudinal e factual pois descreve a importância do conhecimento sobre o que temos de mais valioso, e que podemos ajudar a quem precisa, através do ato de doar sangue com a participação de todos.

Dessa forma, vimos os conteúdos de aprendizagem que estão presentes e imbricados no material educativo, identificando a diferenciação dos elementos que as integram, de tal forma que é possível perceber conceitos, fatos e procedimentos desta ação educativa ordenada, para reforçar a necessidade do ato de doar sangue, e conseqüentemente compartilhar vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da Constituição Federal de 1988, o ato de doar sangue passou a ser voluntário deixando de oferecer qualquer forma de remuneração. Atualmente, os bancos de sangue tem encontrado dificuldades em manter um número de bolsas de sangue suficientes para o atendimento das demandas da população. Para isso, o Ministério da Saúde promove anualmente Campanhas Nacionais de Doação de Sangue com a finalidade de sensibilizar a população para a doação voluntária em gesto de solidariedade.

Entre os recursos utilizados nessas campanhas, destaca-se o uso de materiais educativos impressos que permeiam o processo de comunicação entre os profissionais de saúde e a população sendo relevante a análise dos conteúdos de aprendizagem presentes nesses materiais garantindo o alcance dos sujeitos pretendidos a partir da integração dos conteúdos veiculados ao imaginário social.

Após a análise do material educativo foi possível perceber que os conteúdos de aprendizagem são todos aqueles que possibilitam o desenvolvimento das capacidades motoras, afetivas, de relação interpessoal e de inserção social. Sendo assim, permite ao indivíduo identificar as informações e integrá-las como novos conhecimentos aos já existentes na estrutura cognitiva.

Portanto, ao efetuar uma análise diferenciada dos conteúdos de aprendizagem do cartaz da Campanha Nacional de Doação de Sangue foi possível entender a importância da comunicação nos processos de ensino/aprendizagem sob a ótica da obra de Zabala, de forma que atualmente não existe uma única corrente de interpretação e construção destes processos.

Assim concluímos que a prática educativa parece ter inúmeras facetas, algumas contempladas pela perspectiva de Antoni Zabala, sendo que ao analisarmos os conteúdos de aprendizagem seguindo as tipologias factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais propostas pelo autor foi possível identificarmos com mais precisão as intenções educativas do material analisado e considerarmos necessário agregar à utilização do material educativo impresso outras formas de sensibilização dos doadores, para que a participação de todos possa ocorrer de maneira efetiva, doando sangue e compartilhando vidas num gesto de solidariedade.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 29 de nov. de 2016
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- FREITAS, F. V.; REZENDE FILHO, L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, v. 15, n. 36, p. 243-55, jan./mar. 2011.
- GUERRA, C.C.C. Fim da doação remunerada de sangue no Brasil faz 25 anos. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* São José do Rio Preto, v. 27, n. 1, p. 1-3, mar. 2005.
- JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* São Paulo, v. 27, n.3, p. 201-7, set. 2005.
- MOLES, A. *O Cartaz*. São Paulo-SP: Perspectiva; 1974.
- MONTEIRO, S.; VARGAS, E.P. *Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-69
- MOREIRA, M. F; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília-DF, v. 56, n. 2, p. 184-88, mar./abr. 2003.
- OLIVEIRA, V. L. B. *et al.* Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, n. 16, v. 2, p. 287-93, abr./jun. 2007.
- POLISTCHUCK, I. *Campanhas de saúde pela televisão: a campanha de Aids da Rede Globo*. 1999. 158f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- REIS, T. C. *et al.* Educação em Saúde: Aspectos Históricos no Brasil. *J. Health Science Institute*; v. 31, n. 2, p. 219-23, 2013.
- ROCHA, H. H. P. Educação escolar e higienização da infância. *Caderno Cedes*. v. 23, n. 59, p. 39-56, 2003.
- RODRIGUES, Luanda Lira. *Elementos motivacionais para a doação de sangue*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- RODRIGUES, R. S. M.; REIBNITZ, K. S. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. *Texto & Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 384-91, jun. 2011.
- SANTOS, A. K.; ROZEMBERG, B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 22, n. 5, p. 975-85, mai. 2006.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, n. 1, p. 1-15, jul. 2009.
- STEFANELLI, M. C. *Comunicação com paciente: teoria e ensino*. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
- ZABALA; A. *A Prática Educativa: como ensinar*. Porto Alegre-RS. Artmed. 1998.

## A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS COMO POTENCIALIZADORA DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### THE GRADUATION OF SANITARIANS AS AN IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL PRACTICE IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

Marina Lopes Fontoura Mateus<sup>1</sup>

Mariza Pereira Santos<sup>2</sup>

Ana Rita Barbieri<sup>3</sup>

Joel Saraiva Ferreira<sup>4</sup>

Luiza Helena Oliveira Cazola<sup>5</sup>

1. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP) Campo Grande-MS, Brasil  
marina.mateus@saude.ms.gov.br

2. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP) Campo Grande-MS, Brasil  
marizaps@terra.com.br

3. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) Campo Grande-MS, Brasil  
anabarbi@terra.com.br

4. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) Campo Grande-MS, Brasil  
falecomjoel@hotmail.com

5. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) Campo Grande-MS, Brasil  
luizacazola@gmail.com

**RESUMO:** A formação em nível da especialização (pós-graduação *lato sensu*) tem por finalidade aprofundar conhecimentos em determinada área; assim a especialização em saúde pública/coletiva se caracteriza como uma estratégia de fortalecimento da formação de profissionais de saúde para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** conhecer a percepção dos egressos dos Cursos de Especialização em Saúde Pública realizados pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, no período 2008-2011, sobre a sua contribuição para a melhoria da prática profissional no SUS. **Materiais e Métodos:** pesquisa qualitativa para a qual se utilizou de questionário para a obtenção de dados, fundamentada em Minayo (1992) e na análise de conteúdo (Bardin, 1979). A pesquisa foi realizada com 13 egressos. **Resultados:** verificou-se unanimidade na afirmação quanto à contribuição do curso para a melhoria da prática profissional, sobretudo no entendimento de que o trabalho no SUS se caracteriza por atuação em equipe, com atenção integral e caráter multiprofissional. A epidemiologia e a vigilância em saúde são apresentadas como técnicas de apoio à gestão, e o planejamento como principal instrumento da função gestora que se revelou como a maior potência do curso. A humanização da atenção e a promoção da saúde se revelaram como as maiores fragilidades do curso, na percepção dos participantes. **Conclusão:** o processo de formação por meio do curso de especialização é uma estratégia para a melhoria da prática profissional no SUS.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde; Prática Profissional.

**ABSTRACT:** The educational degree of specialization (post graduation *lato sensu*) aims to deepen knowledge in a particular area. Therefore, a specialization in public/community health is characterized as a strengthening strategy to train healthcare professionals to work at the Unified Health System (SUS). **Objective:** To know the perception of graduates from public specialization courses held by the School of Public Health of Mato Grosso do Sul, from 2008 to 2011, about their contribution to the improvement of professional practice at SUS. **Materials and Methods:** Qualitative research using a questionnaire in order to obtain data, which was grounded on the content analysis (Bardin, 1979 and Minayo, 1992) to interpret the answers collected from 13 graduates of specialization courses in public health, that characterized the study sample. **Results:** The course contribution to improve professional practice, especially on the understanding that working at SUS is characterized by team work with integral care and multidisciplinary character, was unanimously stated. Epidemiology and health surveillance are presented as techniques of management support and, planning is the main instrument of the management function, which has proved to be the greater potency in the course. Humanizing care and health promotion were revealed as the largest weaknesses of the course, as perceived by the participants. **Conclusion:** The course is strategic to improve professional practice at SUS.

**Key words:** Health Education; Unic Health System; Professional Practice.

Recebido: 15/09/2016

Aprovado: 10/12/2016

## INTRODUÇÃO

Dentre as estratégias para mudar o paradigma assistencial, incorporando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e assim, oferecer à população a atenção à saúde de qualidade, a qualificação dos profissionais, por meio de cursos de especialização na área da saúde coletiva, tem se constituído em uma alternativa.

A expectativa que se tem, é que após a especialização os profissionais ao reassumirem suas funções ou cargos, nas instituições de origem, além da capacidade de definir, executar e avaliar o trabalho manifestem competências e habilidades para o desenvolvimento das ações de atenção e gestão da saúde. Assim, possam ser inseridos em funções estratégicas na operacionalização dos sistemas e serviços, transformando a estrutura e o processo de trabalhos existentes, realizando uma ação concreta de intervenção nos serviços para melhor adequá-los às reais necessidades da população.

Nessa perspectiva, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, por meio da Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” passou a ofertar, dentre outros, sistematicamente o Curso de Especialização em Saúde Pública ao longo de seus 24 anos de criação.

No ano de 2007, o curso foi reformulado para adequar a formação às novas políticas e transformações conjunturais no âmbito do SUS. Surgiu assim, um novo currículo apresentando uma proposta pedagógica marcada pela interdisciplinaridade, como estratégia articuladora entre os fundamentos teórico-conceituais da área da saúde pública e as políticas intersetoriais.

O novo desenho foi caracterizado por cinco eixos temáticos: Eixo 1. Saúde pública: desafios e perspectivas; Eixo 2. Saúde, ambiente e sociedade; Eixo 3. Vigilância em saúde; Eixo 4. Política, organização e gestão dos serviços e práticas de atenção à saúde; Eixo 5. Promoção da saúde e desenvolvimento social. Tais eixos, considerados transversais e integradores dos diversos saberes levam à construção de competências para o desempenho das funções essenciais da saúde pública (FESP), seja no contexto da organização e gestão do sistema e do processo de trabalho em saúde, seja na redefinição das práticas de saúde. O conceito adotado para o entendimento das FESP foi o definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), citado por Muñoz et al. (2000 p. 127), como sendo “as condições que permitem um melhor desempenho da prática da saúde pública”, a saber:

1. Prevenção, vigilância e controle de enfermidades transmissíveis e não transmissíveis.
2. Monitoramento da situação de saúde;

3. Promoção da Saúde;
4. Saúde do Trabalhador;
5. Proteção do Ambiente;
6. Legislação e regulação em saúde pública;
7. Gestão em saúde pública;
8. Serviços específicos de saúde pública;
9. Atenção à saúde para grupos vulneráveis e populações de alto risco”. (Muñoz et al., 2000 p. 128).

A definição e avaliação das FESP foram estruturantes para as ações de formação desenvolvidas nessa ocasião.

No período 2008-2011, quatro turmas concluíram o curso de especialização, sendo que no ano de 2008 foram realizadas duas turmas simultâneas, uma na Capital, em Campo Grande, e uma na cidade de Dourados. Ao término do curso os profissionais foram reinseridos nos serviços de saúde, no âmbito estadual e das secretarias municipais de saúde.

Nesse contexto, este estudo teve o propósito de conhecer as contribuições do Curso de Especialização em Saúde Pública realizado no período mencionado, para a melhoria da prática profissional no SUS, sob o ponto de vista de seus egressos.

## METODOLOGIA

A pesquisa se caracterizou como estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa fundamentada em Minayo (1992) para quem a abordagem qualitativa permite conhecer a percepção dos envolvidos em um determinado fenômeno e, ainda,:

[...] são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”(p. 10).

As falas dos sujeitos foram ainda organizadas segundo (Bardin, 1979), que estabelece,

A Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos 1. a pré-análise; 2.a exploração do material; e, por fim, 3. o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação ( p.121).

Os participantes da pesquisa foram egressos dos Cursos de Especialização em Saúde Pública realizados

pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul “Dr. Jorge David Nasser” no período de 2008 a 2011. Os dados foram obtidos nos arquivos da ESP/MS dos três cursos de especialização em saúde pública que ocorreram nesse período. Dois cursos foram realizados em Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, totalizando 43 especialistas e um em Dourados com a formação de 19 sanitaristas, totalizando 61 egressos (18 enfermeiros, 9 odontólogos e os demais (34) eram das mais diferentes formações como Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, Serviço Social, Medicina Veterinária, Ciências Contábeis, Letras, Medicina, Pedagogia, Processamento de Dados, Ciências Biológicas, História, Ciências Sociais, Gestão Pública e Arquitetura), sendo que todos foram convidados a participar do estudo e, 13 enviaram suas respostas.

O instrumento de coleta de dados da pesquisa foi um questionário, enviado por correio eletrônico, no qual se apresentou ao egresso a seguinte questão: O curso de especialização em saúde pública trouxe contribuições para a melhoria da sua prática profissional no SUS? Em caso afirmativo, aponte as ações que você passou a desenvolver de forma mais eficaz após o curso.

Esta abordagem permitiu uma análise qualitativa dos resultados, possibilitando a elaboração deste artigo e os respondentes foram identificados como "R", indo de R1 a R13.

Os conteúdos das falas dos participantes foram organizados segundo a sua relação com o âmbito da ação realizada ou do conhecimento adquirido, segundo as possibilidades de inserção profissional no SUS, permitindo, assim, elencar categorias de análise que revelassem as competências e habilidades propostas para serem adquiridas no curso, por meio dos conteúdos e disciplinas abordados em cada eixo temático, conforme seguem:

### 1. Gestão do sistema de saúde

Foram enquadradas as respostas que de alguma forma demonstraram a compreensão do processo saúde-doença, e o papel das políticas públicas e do SUS, nos diferentes níveis de gestão; compreensão e uso das características demográficas e epidemiológicas nas atividades de vigilância à saúde, controle de doenças, planejamento e a avaliação de serviços e de produtos; compreensão do processo de organização dos sistemas e serviços de saúde e suas práticas, bem como conhecimento e uso dos métodos, técnicas e instrumentos de gestão em saúde.

### 2. Atenção à saúde

Quando as falas dos sujeitos indicaram que o curso contribuiu para o aprimoramento dos serviços prestados a população, por meio de ações de

promoção e proteção, recuperação, reabilitação da saúde e para o desenvolvimento social;

### 3. Educação na saúde

Respostas que indicassem a realização de ações voltadas para a compreensão do processo de trabalho e sua melhoria fundamentada nos princípios da educação permanente em saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado com parecer nº 143.033.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes foram unânimes em afirmar que o Curso de Especialização em Saúde Pública contribuiu para a melhoria de suas práticas no SUS. Este resultado permite afirmar, que o objetivo geral do curso descrito em seu projeto político pedagógico como “desenvolver habilidades e gerar competências para atuar na área da saúde pública por meio da aplicação de técnicas e instrumentos que permitam o cumprimento das funções essenciais da saúde pública” (Mato Grosso do Sul, 2007 p.7), foi alcançado. As contribuições do curso apontadas por seus egressos foram assim apresentadas, de acordo com as categorias de análise:

### 1. No âmbito da Gestão

Os conteúdos teórico-práticos trabalhados compreendem os fundamentos teóricos e conceituais e os marcos legais de proteção social que propiciaram a constituição da saúde como direito, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado por um conjunto de princípios e diretrizes que necessitam ser apreendidos e amplamente debatidos pelos participantes dessa especialização. Assim, a programação desse conteúdo temático se fundamentou na concepção de que há fragilidade no ensino sobre o SUS, no âmbito da graduação. Essa concepção é corroborada por Carvalho e Ceccin (2009, p. 163), ao afirmarem que nesse nível da formação dos profissionais de saúde “há desconhecimento em relação à história da organização do sistema de saúde no Brasil, ao processo de sistematização, organização e implementação do SUS”[...]

A compreensão do Sistema Único de Saúde que tem como princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade e como princípios organizativos, a regionalização e a hierarquização, necessitando de trabalho multiprofissional e interdisciplinar para que as ações possam expressar seus princípios, foram percebidos pelos egressos, podendo ser observado por meio dos registros:

**R1-** *Proporcionou uma visualização melhor do Sistema de Saúde; a saúde deveria admitir mais profissionais de outras áreas de atuação de forma a contribuir para a efetivação do sistema.*

**R4-** *Maior conhecimento em relação ao Sistema Único de Saúde. Passei a trabalhar de maneira multiprofissional, interssetorial e na perspectiva da contra-referência.*

**R13-** *Dar mais ênfase às especificidades regionais e culturais da população a ser atingida pela política.*

Percebe-se que os discursos foram marcados pelos princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei Orgânica nº 8.080 (Brasil, 1990) com destaque para a 'integralidade' da atenção, a 'descentralização' das ações e o caráter 'multiprofissional' do trabalho. Segundo a Lei Orgânica, a integralidade é entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis da complexidade do sistema.

No campo da saúde coletiva, as transformações das condições de saúde individual ou coletivamente serão atingidas se as práticas se desenvolverem de maneira articulada entre diferentes áreas de conhecimento, no sentido da compreensão multidisciplinar e multiprofissional, possibilitando o entendimento mais amplo da complexidade dos fenômenos vitais que tornam cada pessoa um ser único e singular dentro de uma coletividade em contínuo movimento.

Segundo Cruz (2011), a descentralização se orienta pelas diretrizes da regionalização e hierarquização por meio de um sistema constituído de referência e contra-referência, enquanto que, a integralidade implica no modo de realizar a abordagem ao usuário compreendendo suas necessidades e o dirigindo aos diversos pontos assistenciais independente da complexidade exigida.

[...] a descentralização tem como diretrizes:

- a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização;
- a organização de um sistema de referência e contra-referência;

[...] A integralidade da Atenção à saúde – é o reconhecimento, na prática, de que:

- o usuário do sistema é um ser integral, participativo no processo saúde-doença e capaz de promover saúde;
- As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um sistema único e integral e por isso devem atender em todos os níveis de complexidade, referenciando o paciente aos serviços na medida em que for necessário o atendimento;
- Cada comunidade deve ser reconhecida dentro da realidade de saúde que apresenta entendida em sua integralidade;

- Promover saúde significa dar ênfase à atenção básica, mas não prescinde de atenção aos demais níveis de assistência (Cruz, 2011, p.40).

Não por acaso, foi possível ainda, identificar a apreensão desses conceitos na resposta do egresso que aponta as contribuições do curso assim descritas:

**R6-** *Enxergar melhor as atividades na ESF dentro de uma rede hierarquizada, regionalizada e organizada de serviços de saúde... e perceber as falhas, ainda existentes, na comunicação entre a gestão e as equipes;*

Os conteúdos dos Eixos Temáticos do curso se apresentam com a intencionalidade de possibilitar aos participantes, compreender e utilizar a demografia e a epidemiologia, bem como as vigilâncias do campo da saúde, não apenas enquanto métodos e técnicas de apoio à gestão mas, também, tomando-as como instrumento de transformação social. Para tanto, pressupõe-se entender as necessidades de saúde da população a partir do território, compreendendo suas características demográficas e os movimentos migratórios que ali se apresentam.

As características epidemiológicas foram discutidas e analisadas a partir da estrutura socioeconômica a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica, na perspectiva de proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações e serviços de saúde, estabelecendo prioridades (Rouquayrol, 2009).

Foi possível inferir que os conteúdos temáticos do curso possibilitaram aos especializandos compreender e utilizar as características demográficas e epidemiológicas nas atividades de vigilância à saúde, controle de doenças, planejamento e a avaliação de serviços e de produtos. Alguns exemplos de contribuições desses conteúdos nas práticas foram mencionadas pelos egressos:

**R2-** *Priorizar ações básicas de saúde, exigir melhorias para a população com respaldo em dados epidemiológicos e demográficos....;*

**R9-** *Planejar melhor as ações e direcionar as atividades, integrando as vigilâncias em saúde e a rede de laboratório;*

**R10-** *Trabalhar com base no levantamento epidemiológico e demográfico da população;*

Nesse sentido, Teixeira e Costa, (2009 p. 705), observam que:

A ênfase na análise dos problemas de saúde no nível local, priorizando a desagregação espacial de dados e de informações no território, possibilita uma aproximação da epidemiologia ao planejamento e à gestão. Por sua vez, a análise dos problemas de saúde segundo as condições de vida dos grupos sociais inseridos no espaço urbano, por

exemplo, facilita a identificação das desigualdades em saúde e dos seus determinantes sociais.

Retomando o objetivo geral do curso de especialização em estudo, percebe-se que as funções essenciais de saúde pública (Brasil, 2007), constituíram temáticas transversais no processo de formação, porém a função gestora com seus métodos, técnicas e instrumentos revelaram espaço privilegiado na estrutura do curso e na percepção de sua contribuição para a prática dos egressos.

Barbosa (2011), ao iniciar a reflexão sobre o que é gestão em saúde expressou que a gestão envolve funções de planejamento, avaliação, execução e monitoramento. Destaca também que a gestão expressa o desejo de um mundo e modo de fazer diferente na direção de melhores condições de vida e por isso, fazer gestão significa identificar problemas, desafios e necessidades.

Ainda segundo Barbosa (2011), para fazer gestão é necessário saber selecionar problemas e estabelecer prioridades, em consonância com uma política estabelecida. Também caracteriza campo e tarefa da gestão a ação de selecionar tecnologias adequadas, casando-as com a organização do trabalho e mobilizar recursos, com base em informações, as quais constituem o principal insumo da gestão.

Foi possível observar nos discursos dos egressos que o curso contribuiu para o desenvolvimento de atividades da função gestora, tendo o planejamento como forte instrumento, método ou técnica de gestão.

**R8-** *Contribuiu para melhorar o sistema de informação para melhor atendimento e planejamento.*

**R11-** *Produzir dados mais detalhados e consistentes referentes à receita e despesas com saúde pública, para obter maior eficiência na utilização dos recursos financeiros do SUS.*

**R12-** *Após assumir a vigilância epidemiológica estadual, a especialização em SP contribuiu para o planejamento e desenvolvimento das ações e organização dos serviços de saúde nos 79 municípios.*

Segundo Paim (2009 p. 771), em seu aspecto metodológico “o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação” e, nessa perspectiva o planejamento seria, de forma mais contundente, norteado pelos problemas de saúde das pessoas, populações ou pelos problemas do sistema e de serviços de saúde ou, ainda, de ambos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde traz em seu conceito a identificação com a noção de qualidade de vida, se opondo ao reducionismo biomédico e, incorporando o aspecto da intersectorialidade como questão essencial para o alcance dos objetivos em saúde (Tavares *et al*, 2011)

O paradigma promocional pouco se revelou nas falas dos egressos. Foi possível observar seu

entendimento como uma política pública inserida no Sistema Único de Saúde que requer práticas e gestão voltadas para um olhar holístico dos usuários.

No discurso dos egressos não se observou conteúdos que revelassem intervenções na vida social, como estratégias de desenvolvimento local, no sentido de proporcionar melhoria do nível/qualidade de vida da população, isto é, não foi possível neste estudo, observar práticas de gestão social enquanto contribuição do curso de especialização que propõe o desenvolvimento de competências e habilidades para a prática de ações de promoção da saúde e desenvolvimento local.

## 2. No âmbito da Atenção à Saúde

No campo da saúde coletiva, historicamente, os modelos explicativos do processo saúde-doença têm sido associados a fatores multicausais dando-lhe uma complexidade que desafia as políticas públicas na promoção da qualidade de vida e das condições sanitárias da população, para um mundo mais solidário com a vida humana. No Brasil, segundo Minayo (2009, p. 86), desde a Rio-92 se explicitava a visão de que “é difícil atribuir a apenas um elemento no caso de qualquer doença, pois ‘a saúde humana é influenciada, não apenas por fatores específicos, mas pela interação entre eles’”.

Neste estudo foi possível observar na fala dos egressos, a contribuição do curso de saúde pública, para a compreensão desse processo e a importância de se construir políticas públicas que possibilitem a produção de novas lógicas para o enfrentamento dos problemas de saúde, mediado não somente pelos aspectos da biologia humana, para incluir também as relações com a sociedade, o ambiente, a família.

Para os egressos o curso contribuiu para:

**R2-** *...ver a pessoa como um todo ...passei a valorizar o atendimento multiprofissional;*

**R5-** *.... ver o cliente como um todo, inclusive cultural, social, além do biológico;*

As falas corroboraram com a compreensão do processo saúde-doença vinculadas às políticas e práticas de promoção e prevenção, implicando as várias dimensões da vida em sociedade. Portanto, entender esse processo e o papel das políticas públicas, significa compreender o indivíduo e a coletividade em sua maior abrangência, exigindo considerar fatores comportamentais e de estilo de vida, as comunidades e suas redes de relações, as condições materiais e psicossociais nas quais os indivíduos vivem e trabalham, demandando ações intersectoriais, bem como

[...] os macrodeterminantes da saúde, cujo o enfrentamento requer políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de

promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (Rangel, 2010, p. 162).

A resposta mais contundente em apontar a percepção do egresso para a contribuição do curso de especialização para a melhoria de sua prática na assistência à saúde da população foi expressa na fala do egresso R6:

*R6- O curso foi essencial para o meu crescimento profissional, humano e técnico na minha área de atuação, permitindo melhorar a assistência em saúde que presto aos meus pacientes...*

A Política de humanização da Saúde foi citada em sua dimensão ética e humana, colocando a pessoa no centro do cuidado. A humanização como concepção da Política Nacional de Humanização (PNH) transcende as noções de civilidade ao considerar a dimensão do humano na produção do trabalho em saúde em toda sua complexidade e dinâmica a partir de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos (Brasil 2008).

Foi possível reconhecer a relação entre o preconizado pela PNH e a prática humanizada, retratada no discurso do egresso:

*R7- Manter um ambiente de trabalho em harmonia entre as pessoas, principalmente a lidar com as diferentes pessoas do convívio;*

### 3. No âmbito da Educação na Saúde

Fortes críticas vêm sendo lançadas ao longo do processo de formação dos profissionais de saúde que tradicionalmente tem se caracterizado como ensino baseado na organização disciplinar, nos conteúdos biomédicos e na desarticulação entre a teoria e a prática, uso excessivo de tecnologias, atuação individualizada, e etc.

Historicamente, observa-se que esse paradigma tem sido insuficiente para responder às necessidades de saúde da sociedade e muitas estratégias foram implantadas pelo Ministério da Saúde, na perspectiva de uma nova forma de fazer educação na saúde, sendo a mais recente delas a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com Brasil (2009), Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho; baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais. Nesse sentido os eixos temáticos do curso contemplavam conteúdos que favoreciam a compreensão do processo de trabalho em saúde, as ferramentas de gestão do trabalho e a

Política de Educação Permanente em saúde, como dispositivos para a mudança pretendida.

No entanto, não se observou nas respostas dos egressos, nenhum conteúdo relacionado a essa temática ficando evidente que se trata de uma fragilidade na formação do perfil do profissional para o SUS, tanto do ponto de vista da política, da prática de ensino-aprendizagem, como do processo de gestão do trabalho.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A afirmação, pela unanimidade dos participantes, de que o curso de especialização contribuiu para a melhoria de sua prática profissional no SUS nos permite concluir que o objetivo desse processo de formação tem sido alcançado.

Este estudo permitiu verificar que o curso possibilitou aos especializandos a compreensão das políticas públicas e de saúde no Brasil que constituem os fundamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS). A epidemiologia e a vigilância foram reveladas não apenas enquanto métodos e técnicas de apoio à gestão mas, também para a análise e intervenção das necessidades de saúde da população.

Ainda, foi possível observar nas respostas dos egressos, uma forte potencialidade do curso para o desenvolvimento de atividades da função gestora, tendo o planejamento como instrumento, método ou técnica de gestão.

Os resultados revelaram superficialidade na percepção dos egressos quanto a contribuições no sentido de uma atitude pró-ativa para o desenvolvimento da política de humanização da atenção bem como, de estratégias de promoção da saúde e desenvolvimento local. Contribuições afetas ao controle social no SUS e à educação permanente em saúde não foram observadas, apontando para fragilidades no empoderamento dos especializandos, para o exercício da gestão compartilhada e da educação na saúde.

Finalizando, importa destacar que esses últimos resultados nos remetem à reflexões sobre as prioridades conjunturais das políticas de saúde que sempre nortearão a estrutura dos novos programas de formação de sanitaristas.

### REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão em saúde: uma abordagem introdutória. In.: GODIN, Roberta (Org). *Qualificação de gestores do SUS*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp. 2011p. 347-355.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília,; Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, I. M. ; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. P. 137-170.

CRUZ, Marly Marques da. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: GODIN, Roberta. (Org). *Qualificação de gestores do SUS*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp. 2011. p. 35-46

MATO GROSSO DO SUL. Secretara de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. *Projeto pedagógico para o curso de especialização em saúde pública*. Campo Grande-MS: ESP, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e Ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 81-109.

\_\_\_\_\_. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MUÑOZ, Fernando et al. Las funciones esenciales de La salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* n. 8, v. 1/2, p. 126-134. 2000.

PAIM, Jairnilson Silva Planejamento em Saúde para Não Especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 767-782.

RANGEL, Maria Lígia. Desafios e Limites de Estratégias de Promoção da Saúde Dirigidas à Família. In: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 157-178.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da Epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 319-373.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato et al. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. In: GODIN, Roberta. (Org). *Qualificação de gestores do SUS*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp. 2011. p. 309-324

ROCHA, Rosa Maria da et al. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: GODIN, Roberta. (Org). *Qualificação de gestores do SUS*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp. 2011. p.325-343

TEIXEIRA, Maria.Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. In: GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 687-707.

## A REGULAÇÃO DO ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS: DIFICULDADES E DESAFIOS

### THE REGULATIVE ACCESS TO SPECIALIZED CONSULTATIONS: DIFFICULTIES AND CHALLENGES

Regina Maria dos Santos Kochi<sup>1</sup>  
Elisabete Kruk de Freitas Baldasso<sup>2</sup>

- 
1. Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) Dourados-MS, Brasil  
gin.are@hotmail.com
  2. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES) Campo Grande-MS, Brasil  
betekruk@gmail.com

Recebido: 15/07/2016

Aprovado: 24/10/2016

**RESUMO:** A Central de Regulação é o local onde são registradas todas as solicitações de atendimento. Participam do sistema de regulação ambulatorial as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde Família (ESF), a Central de Regulação e as Unidades de Referência. **Objetivo:** Buscou identificar os principais motivos de devolução das solicitações de consultas especializadas inseridas no Sistema de Regulação (SISREG) do município de Dourados/MS pelas unidades de saúde solicitantes (UBS e ESF) no período de fevereiro de 2015 a julho de 2015. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada através de acesso ao SISREG utilizando-se de um questionário. De forma aleatória, optou-se pela região norte dentre as cinco regiões existentes. **Resultados:** De um total de 6.657 solicitações de consultas especializadas inseridas no SISREG no período estudado, 253 (3,8%) foram devolvidas. As principais justificativas de devolução da solicitação à unidade de origem foram: ficha incompleta (35,2%) devido à falta de registros clínicos e necessidade de atualização de dados pessoais (18,6%). A maioria dos usuários eram mulheres (61%). As especialidades que tiveram mais solicitações devolvidas foram: cirurgia geral (14,6%), otorrinolaringologia (12,3%) e oftalmologia (11,9%). Quanto à classificação de risco para atendimento: azul (69,2%) e amarelo (21,7%). **Conclusão:** Conclui-se que o principal motivo de devolução das solicitações foi o preenchimento inadequado das fichas dos pacientes quanto a dados clínicos e pessoais. Ressalta-se a importância que todos os envolvidos no atendimento orientem o paciente a atualizar os dados pessoais antes e durante a consulta, e ao entregar a solicitação para inclusão no sistema. A utilização do protocolo de exames e consultas especializadas pode diminuir o tempo de espera do paciente e otimizar o trabalho dos reguladores.

**Palavras-chave:** SUS; Regulação; Especialidade; Atendimento.

**ABSTRACT:** Introduction: The Regulation Central is the place where all treatment requests are registered. Take part in the outpatient regulation system the Basic Units of Health (UBS) and Family Health Strategies (ESF), Regulation Central and the Reference Units. Objective: This study aimed at identifying the main reasons for the returning of specialist consultations implemented by the requesting health units (UBS and ESF) in the Regulation System (SISREG) in Dourados/MS from February 2015 to July 2015. Materials and Methods: This is a descriptive study, quantitative approach. Data collection was carried out through access to SISREG using a questionnaire made to obtain them. The northern region was randomly chosen among the five existing regions. This region has nine health units (UBS/ESF). Results: From a total of 6,657 scheduled appointments, 253 (3.8%) were returned. The main reasons found for returning the requests to the source drive were: incomplete form (35, 2 %) due to lack of clinical records, waiting vacancy (20,2%) and need to update personal data (18,6%). Most users were women (61%). The specialties that have returned more requests were: general surgery (14.6%), otolaryngology (12.3%) and ophthalmology (11.9%). As for the risk rating for care: blue (69,2%) and yellow (21,7%). Conclusion: Therefore, the main reason for the return of specialist consultation was the inadequate completion of patient records, in both clinical and personal data. It is important to stress that all those involved in the care guide the patient to update the personal data before and during the consultation, and to deliver the request for inclusion in the system. If the test and outpatient visits protocol written by the Dourados Municipal Health Office were more carefully followed there could be a reduction of discards and of the waiting time for the patients, and an optimization of the work of regulators.

**Key words:** SUS; Regulation; Healthspecialty; Healthattendance

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assegura que “(...) a Saúde é direito de todos e dever do Estado, recomendando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS)” (NETO et al, 2010). A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 também conhecida como lei orgânica da saúde (LOS), criada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Com a Saúde assegurada como direito de todos e dever do Estado, demais legislações ao longo do tempo foram criadas e implementadas para assegurar a resposta do Estado ao cumprimento deste direito.

Segundo Silva (2010), a população em geral imagina o direito à saúde como algo legalmente constituído, porém quando não há organização da comunidade e nem compromisso dos poderes públicos e dos profissionais, isso se reflete de modo contraproducente e, na prática, não se concretiza. São atribuídos como objetivos do SUS: o auxílio às pessoas, a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica e saúde do trabalhador. Assim, o cuidado à saúde em tudo que envolve o ser humano é entendido como assistência às pessoas através de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (SOUSA; BATISTA, 2012).

Para que haja uma efetivação do direito a saúde no Brasil, um dos grandes desafios é o desenvolvimento da democracia sanitária, gerando a oportunidade de garantir a participação da sociedade nas decisões tomadas pelo estado nas estratégias em saúde. Para o crescimento e a implantação da democracia sanitária é imprescindível a criação de instituições e processos regulados juridicamente que permitam a participação eficaz da sociedade nas decisões estaduais em saúde (AITH, 2015).

O perfil do direito à saúde organizada encontra-se conexo ao completo funcionamento da unidade de saúde, à igualdade e à equidade na promoção aos serviços prestados, devendo-se colocar o usuário como ator fundamental para que o direito seja efetivado. O SUS utiliza vários instrumentos de gestão, um deles é a regulação que é de grande importância, pois se caracteriza como estrutura de equilíbrio entre a oferta e a demanda (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 197, diz que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, e que compete ao poder público dispor nos termos da lei sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. A execução deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, bem como, por pessoa física ou

jurídica de direito privado (BRASIL, 1988). A regulação em saúde se conceitua segundo Oliveira e Elias (2012) através de quatro ideias principais: controle, equilíbrio, adaptação e direção.

O processo de regulação é entendido como a influência de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação do serviço, que seja prestado um serviço de saúde efetivo, oferecido pelo serviço público (SANTOS, 2006). A realização da ação regulatória é feita por profissionais competentes, que possuem análise crítica para decisões fundamentadas nas evidências, através de protocolo de regulação que são utilizados para ordenação dos fluxos de encaminhamento que caracterizam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente (MARCON, JACOBSEN; SABIN, 2013).

No Brasil, a Política Nacional de Regulação, no âmbito do SUS, foi instituída pela Portaria nº 1.559, no ano de 2008. Em seu artigo 2º, parágrafo 3º, refere que a regulação do acesso e/ou assistencial objetiva o gerenciamento e prioriza o fluxo do acesso no SUS. Tal acesso é baseado em protocolos, havendo critérios de priorização e classificação de risco, através da organização e de controle (BRASIL, 2008).

Um dos principais desafios do SUS é o acesso ao serviço de rede que seja adaptado aos serviços de atenção especializada, nos diferentes pontos de atenção, onde ocorre carência de integração com a deficiência de fluxo de referência e contra referência, ligado à conexão precária de regulamentação da atenção especializada. Tais fatores contribuem sobremaneira para o declínio deste nível de atenção (CRUZ, 2015).

No país, o Ministério da Saúde utiliza-se do Sistema de Regulação (SISREG); sendo o módulo ambulatorial o que deu início à informatização das consultas e exames e melhor controle de serviços hierarquizados, podendo agendar conforme a necessidade de cada indivíduo e gravidade. O SISREG é considerado o sistema que informatiza a central de regulação, criado pelo Ministério da saúde nos anos de 1999 a 2002, e que representa o início do movimento para informatização dos complexos reguladores (BRASIL, 2006). O SISREG é um sistema on-line cujo principal objetivo é o gerenciamento de todo o complexo regulatório, para humanização dos serviços, com maior controle de fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Participam do sistema de regulação ambulatorial as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde Família (ESF), a Central de Regulação e as Unidades de Referência. As Unidades de Referência são unidades que realizam atendimento especializado (Centros de Saúde Especializados, Hospitais, Serviços de Diagnóstico). Essas unidades podem solicitar consultas e exames para outras referências

especializadas. Na referência especializada o procedimento mais usual é a contra-referência do paciente à Unidade Básica de Saúde solicitante do atendimento (consulta e/ou exame). Recomenda-se que todas devem utilizar, de forma adequada, os protocolos vigentes (BRASIL, 2006).

A Central de Regulação é o local onde são registradas todas as solicitações de atendimento (consultas especializadas e exames complementares de média e alta complexidade) e os encaminhamentos para outra referência ou contra-referências. Os atendimentos efetuados em pronto atendimento que possam necessitar de consulta especializada devem ser encaminhados para UBS/ESF onde se dá o início de todo o processo da regulação (DOURADOS, 2015).

No SISREG existem quatro opções para o profissional regulador em relação aos critérios clínicos: Negar - neste caso o procedimento/consulta especializada é negado; Devolver - neste caso o procedimento/consulta especializada é devolvido para complementar os dados (faltam informações clínicas para auxiliar a decisão do regulador), e o requerente recebe uma informação da devolução e pode complementar a indicação o paciente continua na lista de casos pendentes para regulação, contudo enquanto não houver complementação dos dados, ficam invisíveis ao regulador); Deixar como pendente - neste caso o regulador deixa pendente para que ele mesmo ou outro regulador possam posteriormente realizar a regulação do caso; Autorizar - neste caso o regulador autoriza o encaminhamento/exame (RIO DE JANEIRO, 2015).

O SISREG também permite que no momento da solicitação da consulta especializada/exame haja uma classificação por Critérios de Prioridade. É uma priorização por cores: Vermelho, são ocasiões clínicas graves e/ou que precisam de um agendamento prioritário, em até 30 dias; Amarelo, são ocasiões clínicas que precisam de um agendamento prioritário, em até 90 dias; Verde, são casos clínicos que precisam de um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias; e Azul, são situações clínicas que não precisam de um agendamento prioritário, que pode aguardar mais que 180 dias (RIO DE JANEIRO, 2015).

A Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, através do seu complexo regulador, implantou em 2015 o protocolo de acesso às consultas especializadas e exames de altas e médias complexidades que fazem parte do processo de regulação do sistema municipal e estadual de saúde objetivando melhorar as práticas de assistência do SUS, visando promover qualidade ao acesso, às ações e serviços. Os protocolos são voltados para os profissionais de saúde que necessitam encaminhar seus pacientes para avaliação de especialidades. Um ponto muito positivo nestes protocolos é que apresentam sugestões em relação a

algumas patologias mais frequentes em algumas especialidades baseando-se nos quadros clínicos e resultados de exames complementares, auxiliando na definição de prioridades para atendimentos. Os protocolos são revistos anualmente e, a qualquer momento, pode ocorrer à anexação de novos protocolos ou retirada dos mesmos conforme as necessidades (DOURADOS, 2015).

A presente pesquisa buscou identificar os principais motivos de devolução das consultas especializadas inseridas no Sistema de Regulação (SISREG) do município de Dourados/MS pelas unidades de saúde solicitantes (UBS e ESF) da região norte no período de fevereiro de 2015 a julho de 2015.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório com abordagem quantitativa em que foram analisados as demandas por consulta especializada das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) da região norte do município de Dourados no período de fevereiro de 2015 a julho de 2015.

O município de Dourados é dividido em cinco regiões de saúde, a saber: Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural. De forma aleatória, optou-se pela região norte dentre as cinco regiões existentes para se ter uma linha de base para futuras investigações. A região norte possui nove unidades de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): UBS ESF 22, 23 e 25 - Jardim Maracanã; UBS ESF 24 - Jardim Piratininga; UBS ESF 26 - Jardim Carisma Dr. Divino Antonio Luiz; UBS ESF 36 e 37 - Jardim Ouro Verde; UBS ESF43 - Vila Índio; UBS ESF 42 - Chácara dos Caiuás. A coleta de dados secundários foi realizada através de acesso ao Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG), módulo Ambulatorial.

Foram incluídos no estudo as 253 devoluções geradas pela Central de Regulação do Município às UBS ESF da região Norte no período de fevereiro a 31 de julho de 2015. A quantidade total de solicitações de consultas especializadas inseridas no sistema e quantas foram devolvidas aos solicitantes foi analisada: por local de origem da solicitação, por gênero, por classificação de risco, por especialidade solicitada e por justificativa da devolução, classificando os três motivos mais prevalentes.

Foram excluídos os pedidos de exames ambulatoriais, solicitações judiciais e pedidos de consultas ambulatoriais especializadas anteriores a fevereiro de 2015 e posteriores a 31 de julho de 2015. Para análise estatística foi utilizado o programa Excel, estatística descritiva, transversal, de abordagem quantitativa.

Para a execução da pesquisa foi necessário um computador com acesso à Internet permitindo a coleta de dados junto ao sistema homologado.

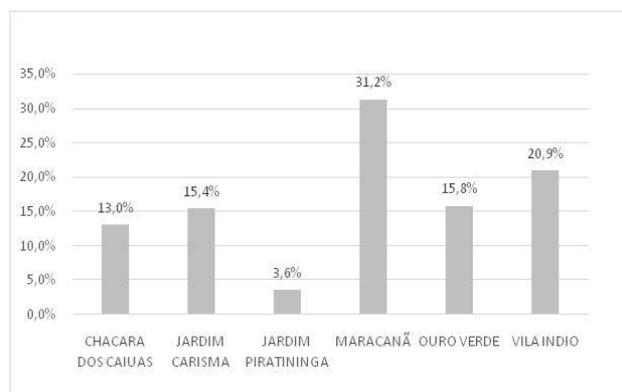
O projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados que autorizou a coleta dos dados e utilização dos mesmos para o estudo através da assinatura de um termo de compromisso para utilização do banco de dados do SISREG. A Central de Regulação de Dourados forneceu login e senha para a pesquisadora. Todos os dados coletados estão mantidos em sigilo e sob guarda da própria pesquisadora. A pesquisa só teve início após devidamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados.

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo o parecer aprovado sob o número 1.444.702/2016 CEP/UFGD.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A região norte de Dourados possui nove UBS/ESF (Figura 1) em seis sedes: Chácara dos Caiuás, Jardim Carisma, Jardim Piratininga, Maracanã, Ouro Verde e Vila Índio. No período avaliado foram solicitadas por estas unidades 6.657 consultas especializadas. Destas, a Central de Regulação do município de Dourados devolveu para as unidades básicas de saúde um total de 253 solicitações sendo 79 (31,2%) referente à UBS/ESF Jardim Maracanã; 53 (20,9%) da UBS/ESF Vila Índio; 9 (15,4%) da UBS/ESF Jardim Carisma; 33 (13%) da UBS/ESF Chácara dos Caiuás; 40 (15,8%) da UBS/ESF Ouro Verde e 9 (3,6%) da UBS/ESF Jardim Piratininga.

**Figura 1.** Distribuição percentual das solicitações de consultas especializadas devolvidas por UBS/ESF - Região Norte Dourados 2015.

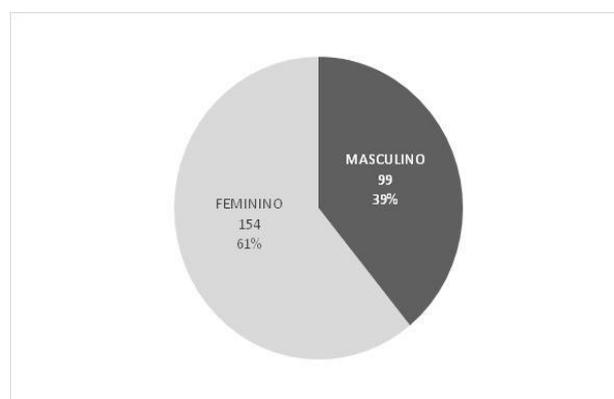


Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que na UBS/ESF Vila Índio uma porcentagem maior de devolução de solicitações de consultas especializadas, uma vez que o Jardim Maracanã possui três UBS/ESF e o Jardim Ouro Verde possui duas UBS/ESF no mesmo prédio. O Jardim Piratininga apresentou o menor percentual de devolução de solicitações de consultas especializadas.

Visando identificar qual o percentual relacionado à devolução por gênero, têm-se os achados da Figura 2. Das 253 devoluções, 154 são de mulheres representando 61% do universo e 99 devoluções referem-se ao sexo masculino representando 39%.

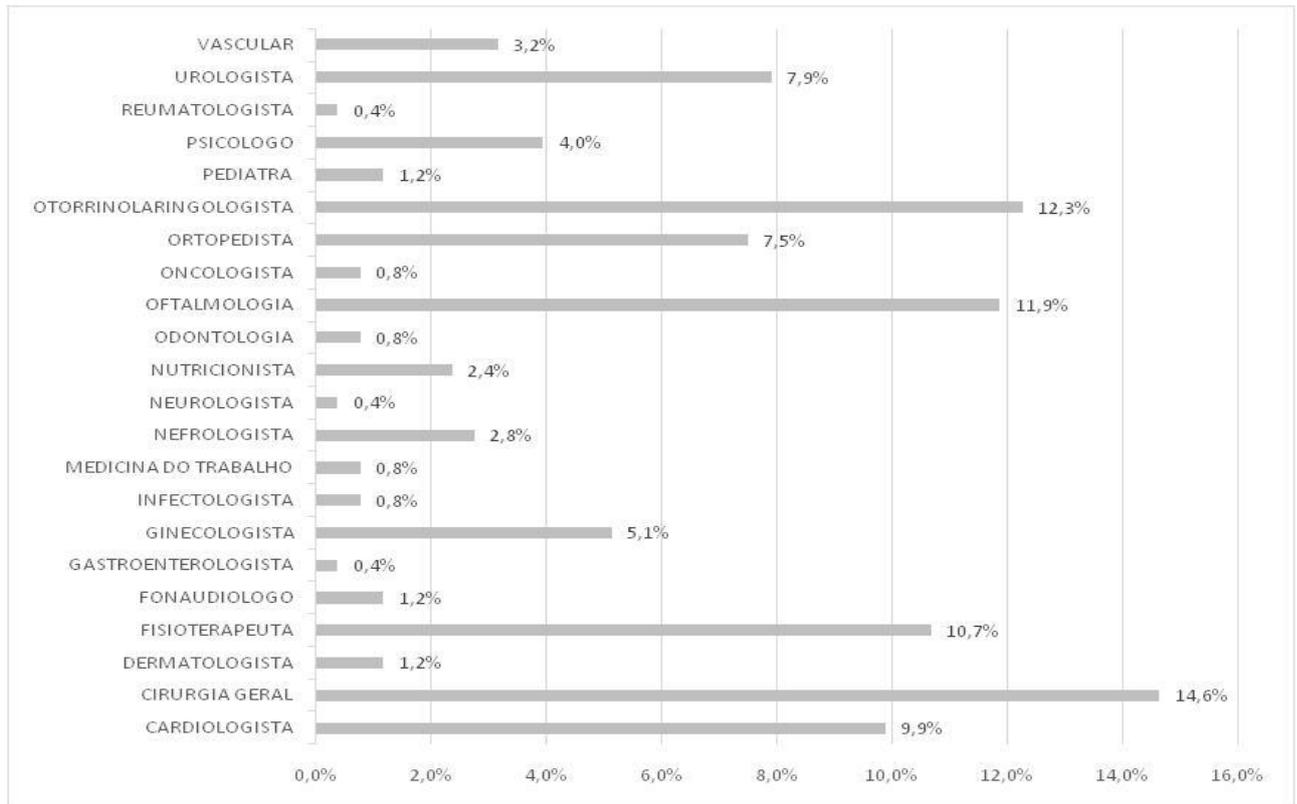
**Figura 2.** Distribuição percentual de devolução por gênero Dourados 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados demonstram a diferença entre os sexos masculino e feminino em relação aos cuidados com a saúde. Pode-se inferir que a procura pelo cuidado à saúde é mais prevalente nas mulheres. Há diversos autores que abordam esta temática, entre eles, Alves et al. (2011, p. 152), que afirmam que "(...) as mulheres são consideradas mais cuidadosas e os homens mais vulneráveis aos aspectos psicossociais, como: o machismo, as dificuldades em assumir a doença no trabalho e a dificuldade à acessibilidade aos serviços de saúde".

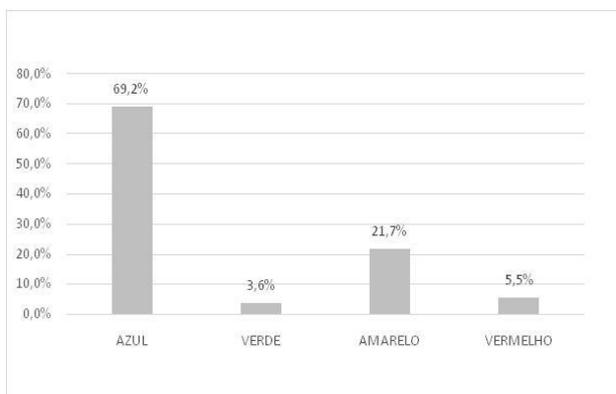
As especialidades identificadas como mais requeridas entre as 253 solicitações devolvidas são: 14,6% cirurgia geral; 12,3% otorrinolaringologia; 11,9% oftalmologia; 10,7% fisioterapia; 9,9% cardiologia; 7,9% urologia; 7,5% ortopedia; 5,1% ginecologia; 4% psicologia; 3,2% cirurgia vascular; 2,8% nefrologia; 2,4% nutrição; 1,2% dermatologia; 1,2% pediatria; 1,2% fonoaudiologia; 0,8% oncologia; 0,8% medicina do trabalho; 0,8% odontologia; 0,8% infectologia; 0,4% gastroenterologia; 0,4% neurologia e 0,4% reumatologia, como pode-se observar na figura 3 abaixo.

**Figura 3.** Distribuição percentual de devolução por especialidade Dourados 2015.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para Silva, Santos, e Borenstein (2005) um dos maiores problemas do sistema de saúde dos municípios de grande porte é o acesso às consultas especializadas. Em seu trabalho realizado na Central de Regulação de Porto Alegre constatou a evidência

quanto a classificação por Critérios de Prioridade, observa-se no gráfico abaixo (Figura 4) que a maioria dos 253 pedidos devolvidos está classificada pela cor Azul considerada consultas eletivas (69,2%).

**Figura 4.** Distribuição percentual da evolução por classificação de risco. Dourados 2015.

Fonte: Dados da pesquisa.

Embora as consultas especializadas classificadas na cor Amarela representem 21,7% do total de

de desproporção entre a oferta de serviços e a demanda. Como consequência disso observa-se demora no agendamento de várias especialidades críticas, tais como oftalmologia, proctologia, otorrinolaringologia, urologia e cirurgia vascular.

consultas devolvidas às unidades de origem, um percentual pequeno, no contexto da pesquisa esse dado assume certa significância por serem consultas de urgência.

A Figura 5 apresenta os principais motivos de devolução das consultas especializadas às unidades de origem. Entre as justificativas encontradas destacam-se: ficha incompleta (35,2%), consulta solucionada (20,2%), atualizar endereço e telefone (18,6%), pedido equivocado (8,7%), sem agenda (7,5%), sem justificativa (4,7%), a pedido da unidade (2,4%), aguarda agenda (1,6%), reavaliar paciente devido ao tempo decorrido (1,2%). Frente a este fenômeno de 20,2% de consultas solucionadas, buscou-se compreender o significado disto com o coordenador da Central de Regulação que explicou que estava sendo programado o agendamento de uma série de consultas especializadas para o mês subsequente e que as UBS ESF foram orientadas a reinserirem a solicitação de consultas que haviam sido devolvidas e que, assim, tais consultas estariam asseguradas. Daí a utilização da terminologia, "consultas solucionadas".

**Figura 5.** Distribuição percentual das devoluções da solicitação de consulta especializada. Dourados 2015.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com 35,2% encontrou-se ficha incompleta com falta da história clínica sucinta contendo data de início da queixa/patologia, exame físico realizado, evolução e resultado de exame complementar efetuado (normal ou alterado); com 18,6% atualizar endereço e telefone, cartão SUS. Tais dados são essenciais não só para identificar o paciente como para encaminhamento à especialidade. Silva (2008) salienta a importância da constante capacitação e aperfeiçoamento das atividades técnicas administrativas. Souza Junior et al (2009) relatam que quando há falhas ou sucessos na implantação do sistema de informação estas ocorrem por fatores organizacionais e que somente uma pequena parte pode ser atribuída à tecnologia. Sendo assim, a implantação pode ser caracterizada como um processo de aprendizagem contínua dos envolvidos. Desta forma deve-se incentivar e orientar o treinamento da equipe administrativa em relação à importância do preenchimento adequado de dados pessoais e da equipe médica na observância do protocolo clínico para o encaminhamento às especialidades.

A garantia do direito a saúde ainda é um desafio para o Estado Brasileiro, cujos problemas mais frequentes são a falta de médicos (58,1%), a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%) (ALMEIDA, 2013). O processo regulatório auxilia a organização das ações e serviços à saúde e busca garantir maior eficiência aos serviços prestados à população. No entanto, ainda se observa que a informação, o conhecimento dos processos, fluxos e trabalhos devem ser melhor implementados. A implementação de uma

política pública de educação permanente seria uma estratégia para que todos os trabalhadores envolvidos no atendimento direto à população nos serviços públicos de saúde estivessem preparados em relação às exigências dos novos sistemas que estão sempre em desenvolvimento. Para Seixas (2009) uma das áreas onde a ação do estado tem maior relevância quanto ao público externo das Secretarias refere-se à preparação de pessoal e a sua responsabilidade na estruturação de um sistema de educação permanente para o conjunto de trabalhadores de saúde no estado, especialmente aqueles vinculados ao SUS. O processo de descentralização demanda dos municípios uma significativa expansão de responsabilidades, tanto na assistência, quanto na gestão dos serviços.

## CONCLUSÃO

A caracterização dos principais motivos de devolução das solicitações de consultas especializadas às unidades de origem permitiu perceber o quanto a população está vulnerável às exigências do sistema informatizado utilizados pelos profissionais do SUS e à oferta de vagas nas diversas especialidades. A Central de Regulação de vagas propõe-se a ser, e tem concretizado isso desde sua implantação, um mecanismo de equilíbrio entre a oferta e a demanda, fator primordial e essencial para melhorar o atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde. Entretanto, para que o serviço seja mais eficaz e efetivo é importante que todos os envolvidos, no momento de incluir os dados no sistema e antes mesmo de fazer o pedido de consulta, orientem o paciente a atualizar os dados pessoais diminuindo,

assim, o tempo de espera do paciente e ganho de tempo dos profissionais na Central de Regulação que não precisariam devolver a solicitação.

A Secretaria Municipal de Dourados deve continuar implementando ações de educação permanente que possam vir a subsidiar processos de trabalho mais efetivos, tais como uma regulação mais eficiente, sem que ocorram tantas devoluções que acarretam prejuízo direto ao usuário, principalmente no que tange à garantia do seu direito à saúde.

Não foi objeto deste trabalho apontar a demanda por consultas especializadas mas, uma vez identificadas pode-se concluir que mais ações e medidas possam também vir a ser tomadas, tais como a disponibilização de profissionais nas diversas especialidades elencadas para que o atendimento especializado se torne uma realidade.

## REFERÊNCIAS

- AITH, F. M. A. Direito à saúde e Democracia sanitária: experiências brasileiras. *Revista Direito Sanitário*, São Paulo v.15 n.3, p. 85-90, nov. 2014/fev. 2015.
- ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde - SUS *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande v.5 n.1 jun. 2013
- ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática*. Vol.13, n.3, p. 152-166. 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1. p. 18055, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Pacto de gestão: garantindo saúde para todos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para implantação de complexos reguladores*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, *Portaria /1559*, de 1º de agosto de 2008.
- CRUZ, A. Inovação na Atenção Especializada no Brasil. *CONSENSUS*, ano V, n. 16, jul.-set., 2015.
- DOURADOS, Prefeitura Municipal de Dourados. Secretaria Municipal de Saúde. *Prefeitura Municipal de Dourados Secretaria Municipal de Saúde Complexo Regulador*. 118 f. Dourados-MS: (s.n), 2015.
- MARCON, C. de L. F.; JACOBSEN, A. de L.; SABIN M. M. F. L. Implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o Agendamento de Consultas e de Exames Especializados no Município de Garopaba. In: PEREIRA, Maurício Fernandes et al. (Org.). *Contribuições para a gestão do SUS*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013.
- NETO, M. V. F.; SILVA, P. F. da; ROSA, L. C. dos S.; CUNHA, C. L. F.; SANTOS, R. V. S. G. dos. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010.
- OLIVEIRA, R. R. de; ELIAS; P. E. M.. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. v. 46, n. 3, jun. 2012.
- RIO DE JANEIRO. *SISREG - Protocolo para o Regulador: Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais*. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção. 2015. Disponível em: <[http://www.subpav.org/download/sisreg/\\_SISREG\\_regulador\\_protocolo.pdf](http://www.subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2016.
- SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review, *Saúde, Educ.*, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun., 2006.
- SEIXAS, Paulo. Avanços e perspectivas na política de gestão de recursos humanos: desenvolvimento de pessoas e qualificação dos profissionais do SUS/SP. *BIS, Bol. Inst. Saúde*, n. 48, p. 15-25, 2009.
- SILVA, M. E. M.; SANTOS, E. R.; BORENSTEIN, D. SADR - Um Sistema para Suporte à Decisão no Agendamento de Consultas Especializadas em Centrais de Regulação. Porto Alegre-RS, 2005. In: XXIX ANPAD EnANPAD. *Anais...* Porto Alegre: 2005.
- SILVA, M. V. S. *Avaliação do complexo regulador da segunda microrregional de saúde*. 2008. 136 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008.
- SILVA, M. A. M.; FERREIRA, E. F.; SILVA, G. A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [ 4 ], 2010.
- SOUZA JUNIOR, F.; CUNHA, M. X. C.; MAIA, C. de F. M.; BEZERRA, R. L.; SALES, J. D. A. Implantação de Sistema de Informação em Saúde Pública: um Estudo de Caso no Estado de Alagoas. In: II Encontro de Administração da Informação. Recife-PE, 2009. *Anais...* Recife-PE: 2009.
- SOUZA, R. da C.; BATISTA, F. E. B. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde. SUS VII Congresso Norte e Nordeste de Pesquisa e Inovação - CONNEPI. Palmas-TO, 2012. *Anais...* Palmas-TO: 2012.
- VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, Dez. 2012.

## O EXCESSO DE PESO COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS EM OKINAWANOS

### EXCESS WEIGHT AS RISK FACTOR FOR CHRONIC DISEASES IN OKINAWANS

Edgar Oshiro<sup>1</sup>

Dulce Lopes Barboza Ribas<sup>2</sup>

1. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP) Campo Grande-MS, Brasil  
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

2. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) Campo Grande-MS, Brasil  
ribasdulce@uol.com.br

Recebido: 15/09/2016

Aprovado: 10/12/2016

**RESUMO:** As doenças crônicas são as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil. Um dos fatores que contribuem para a carga das doenças crônicas é o aumento do excesso de peso ocorrida nas últimas décadas, em decorrência das mudanças de hábitos alimentares e/ou redução da atividade física. **Objetivo:** Identificar fatores de risco para doenças crônicas em nipo-brasileiros okinawanos. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com amostra por conveniência composta por 94 indivíduos, na faixa etária de 40 a 79 anos, associados do Clube Okinawa e da Associação Esportiva Cultural Nipo-brasileira, no município de Campo Grande, MS. A coleta de dados foi feita através de entrevista com formulário semi-estruturado, exames antropométricos, bioquímicos e aferição da pressão arterial. **Resultados:** A prevalência de obesidade observada em homens e mulheres de 40 a 59 anos foi de 12,6%, em indivíduos de 60 a 79 anos encontraram-se elevadas prevalências de obesidade, sendo que, as mulheres apresentaram 17,6% e os homens 28,6%. Ressalta-se ainda, que as mulheres (40 a 79 anos) apresentaram elevada frequência de deposição de gordura na região abdominal, indicando aumento no risco do desenvolvimento de distúrbios cardiometabólicos. Para os homens analisados, o uso de tabaco e álcool potencializaram a elevação dos níveis da pressão arterial, e, possivelmente o agravamento do quadro de diabetes e dislipidemia. **Conclusão:** A elevada prevalência de excesso de peso e de outros fatores de risco associados à incidência de distúrbios cardiometabólicos deste estudo, alertam para a necessidade de ações de vigilância e prevenção de doenças crônicas nesta população.

**Palavras-chave:** Avaliação nutricional; Obesidade; Fatores de risco; Estilo de vida.

**ABSTRACT:** Chronic diseases are the leading causes of morbidity and mortality in Brazil. One of the factors contributing to the burden of chronic diseases is increasing excess weight over recent decades, due to changes in eating habits and/or reduced physical activity. **Objective:** To identify risk factors for chronic diseases in Okinawan Japanese-Brazilians. **Materials and Method:** Cross-sectional study with convenience sample comprised 94 subjects, aged 40-79 years Club members Okinawa and Japanese-Brazilian Cultural Sports Association, in Campo Grande-MS. Data collection was done through interviews with semi-structured questionnaire, anthropometric, biochemical and blood pressure measurement. **Results:** The prevalence of obesity observed in men and women 40-59 years was 12.6% in subjects 60-79 years had higher prevalence of obesity, while women had 17,6 % and 28,6% men. It is noteworthy that women (40-79 years) had high frequency of fat deposition in the abdominal region, indicating increased risk of developing cardiometabolic disorders. For men analyzed, the use of tobacco and alcohol potentiated the elevation of blood pressure levels, and possibly the worsening of diabetes and dislipidemia. **Conclusion:** The high prevalence of overweight and other risk factors associated with the incidence cardiometabolic disorders of this study highlight the need for surveillance and prevention of chronic diseases in this population.

**Key words:** Nutrition assessment; Obesity; Risk factors; Lifestyle.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maior morbimortalidade no mundo e que se coloca como um grande desafio para a saúde pública na atualidade (THEME FILHA, 2015).

No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes *mellitus* (BRASIL, 2012).

Os maiores fatores de risco para DCNT encontram-se no aumento da pressão arterial, tabagismo, consumo abusivo de álcool e alimentação inadequada, esse quadro reflete em uma perda da qualidade de vida dos indivíduos (MALTA, 2015).

Um dos fatores que podem explicar esse aumento da carga das doenças crônicas é a prevalência do aumento da obesidade ocorrida nas últimas décadas, seja através das mudanças de hábitos alimentares e/ou redução da atividade física.

O estudo com os imigrantes japoneses, que se deslocaram para países como o Brasil, é uma oportunidade para observar o impacto dos fatores ambientais na interferência da saúde do indivíduo e acompanhar a ocorrência da etiologia de doenças crônicas, como a obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemias.

Os imigrantes japoneses residentes no Brasil passaram por diversas modificações no seu estilo de vida, o que levou a estes indivíduos a apresentarem maiores desordens metabólicas, morbidade e mortalidade quando comparado com os japoneses nativos (ANDRADE et al. 2011).

Os participantes do estudo são nipo-brasileiros okinawanos que são originários e/ou descendentes da Província de Okinawa, um conjunto de ilhas situado no extremo sul do arquipélago japonês, conhecidos pelo fato destes nativos apresentarem alta expectativa de vida e baixo índice de mortalidade por doenças cardiovasculares. Essa longevidade vem sendo relacionada com a prática de bons hábitos alimentares, através do consumo de vegetais, soja, peixe e algas marinhas e também da convivência social entre os indivíduos da ilha.

O presente estudo buscou avaliar a prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis em nipo-brasileiros okinawanos no município de Campo Grande (MS), que possui a segunda maior população originária da ilha de Okinawa fora do território japonês.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, com amostra por conveniência de 94 indivíduos de 40 a 79 anos da lista

de associados e frequentadores da Associação Clube Okinawa e da Associação Esportiva Cultural Nipo-Brasileira do município de Campo Grande/MS, Brasil, que aceitaram livremente participar, após receberem um convite com informações detalhadas sobre o estudo.

Os indivíduos foram visitados em domicílio e entrevistados com utilização de formulários padronizados, e posteriormente, contatados para realização de exames antropométricos e bioquímicos.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe treinada, organizada em duplas de entrevistadores durante o período de junho a outubro de 2005.

Na classificação nutricional dos indivíduos de 40 a 59 anos foi utilizado o índice de massa corpórea (IMC), calculado pela divisão do peso (kg), pela altura ao quadrado (m<sup>2</sup>). Na análise, o IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup> foi considerado como baixo peso, de 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> como peso adequado, de 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> como sobrepeso e ≥30 kg/m<sup>2</sup> como obesidade.

Para indivíduos de 60 a 79 anos foram utilizados os pontos de corte adotados pela Organização Pan-Americana de Saúde, que considera IMC <23 kg/m<sup>2</sup> como baixo peso, de 23 a 27,9 kg/m<sup>2</sup> como eutrofia, de 28 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> como excesso de peso e > 30 kg/m<sup>2</sup> como obesidade (OPAS, 2003).

A medida da circunferência da cintura (CC) foi aferida com o indivíduo em posição ortostática e com abdome relaxado, passando uma fita métrica inelástica, posicionada horizontalmente na menor curvatura entre a crista ilíaca anterior superior e a face externa da última costela. Foi considerado risco aumentado para complicações metabólicas a CC ≥94 cm para homens e ≥80 cm para mulheres (OMS, 2004).

Para análise do uso de tabaco, os indivíduos foram classificados em fumantes, ex-fumantes e não fumantes, com aplicação do Questionário de Tolerância de Fagerstrom para os fumantes, como instrumento de medida da dependência nicotínica. Para verificação da frequência do consumo de bebida alcoólica, foi aplicado o Teste CAGE, que verifica o grau de dependência alcoólica.

A aferição de pressão arterial foi realizada duas vezes e estabeleceu-se a média das duas aferições, considerou-se como portadores de hipertensão arterial, a pressão diastólica ≥ 90 mmHg e/ou pressão sistólica ≥ 140 mmHg e pacientes com diagnóstico prévio da doença com utilização atual de medicamentos anti-hipertensivos.

Os valores das concentrações séricas de lípides foram consideradas alteradas para colesterol total ≥ 200 mg/dl, LDL-C ≥ 130 mg/dl, HDL-C < 40 mg/dl para homens e < 50 para as mulheres e triglicérides ≥ 150 mg/dl. Para classificação do diabetes *mellitus*

considerou-se, glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl e os indivíduos com diagnóstico prévio que faziam tratamento com medicação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS sob o protocolo nº 497/05 e os entrevistados foram devidamente informados do estudo, só sendo iniciado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 94 indivíduos de 40 a 79 anos,

onde 50 (53,2%) eram do sexo masculino e 44 (46,8%) do sexo feminino. Os indivíduos entrevistados foram estratificados em dois grupos para análise dos dados, composta de 32 indivíduos de 40 a 59 anos (34,0%) e 62 indivíduos de 60 a 79 anos (66,0%).

De acordo com a Tabela 1, o perfil dos participantes do estudo eram 77,7% da 2ª geração em relação ao grau de descendência étnica, 30,9% tinham mais de doze anos de estudo, 38,3% eram sedentários, 15,9% consomem bebida alcoólica e 6,4% relataram serem fumantes ou ex-fumantes.

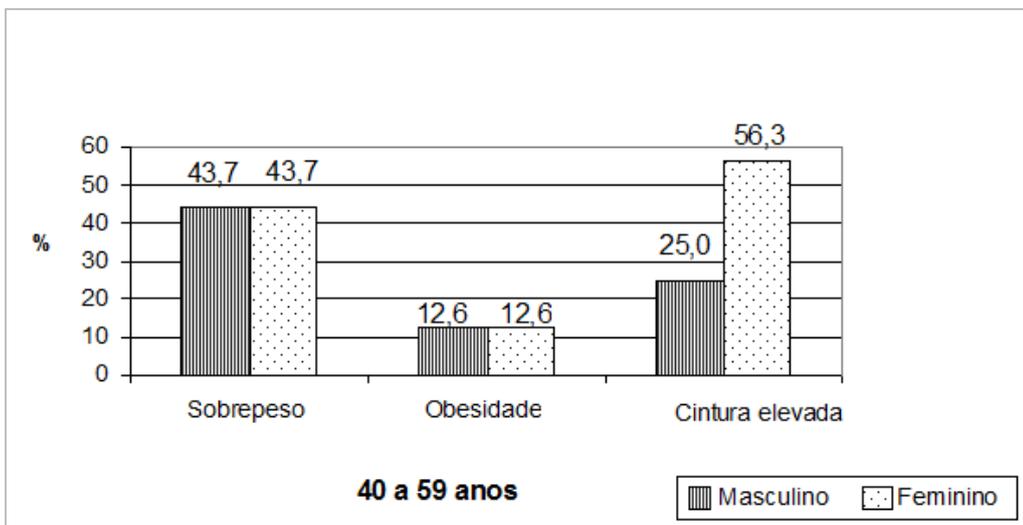
**TABELA 1.** Distribuição dos indivíduos da comunidade nipo-brasileira okinawana, segundo condições sociodemográficas e estilo de vida. Campo Grande-MS, 2005 (n=94).

	Masculino (50)		Feminino (44)		Total (94)		Valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
<b>Faixa etária</b>							
40 a 59	16	32,0	16	36,4	32	34,0	
60 a 79	34	68,0	28	63,6	62	66,0	
<b>Grau de descendência</b>							
1ª Geração (isseis)	8	16,0	5	11,4	13	13,8	
2ª Geração (nisseis)	37	74,0	36	81,8	73	77,7	
3ª Geração (sanseis)	5	10,0	3	6,8	08	8,5	
<b>Escolaridade</b>							
até 8 anos	18	36,0	22	50,0	40	42,5	
9 a 11 anos	15	30,0	10	22,7	25	26,6	
Acima de 12 anos	17	34,0	12	27,3	29	30,9	
<b>Sedentarismo</b>							
Sim	19	38,6	17	38,6	36	38,3	0,949
Não	31	61,4	27	61,4	58	61,7	
<b>Consumo de tabaco</b>							
Fumante <sup>a</sup>	5	10,0	1	2,3	6	6,4	0,002
Ex- fumante <sup>a</sup>	11	22,0	2	4,5	13	13,8	
Nunca	34	68,0	41	93,2	75	79,8	
<b>Consumo de álcool</b>							
Nunca <sup>a</sup>	28	56,0	31	70,4	59	62,8	0,001
Às vezes <sup>a</sup>	8	16,0	12	27,3	20	21,3	
Freqüentemente	14	28,0	1	2,3	15	15,9	

Nota: <sup>a</sup> Foram agrupados para cálculo do valor de *p* do Qui-Quadrado de *Pearson*.

A Figura 1 apresenta homens e mulheres de 40 a 59 anos com frequência de sobrepeso (43,7%) e obesidade (12,6%). Quando se analisa a variável de distribuição da gordura corporal através da circunferência da cintura, observamos que as mulheres apresentaram 56,3% de circunferência da cintura elevada e os homens 25,0% (*p* 0,072).

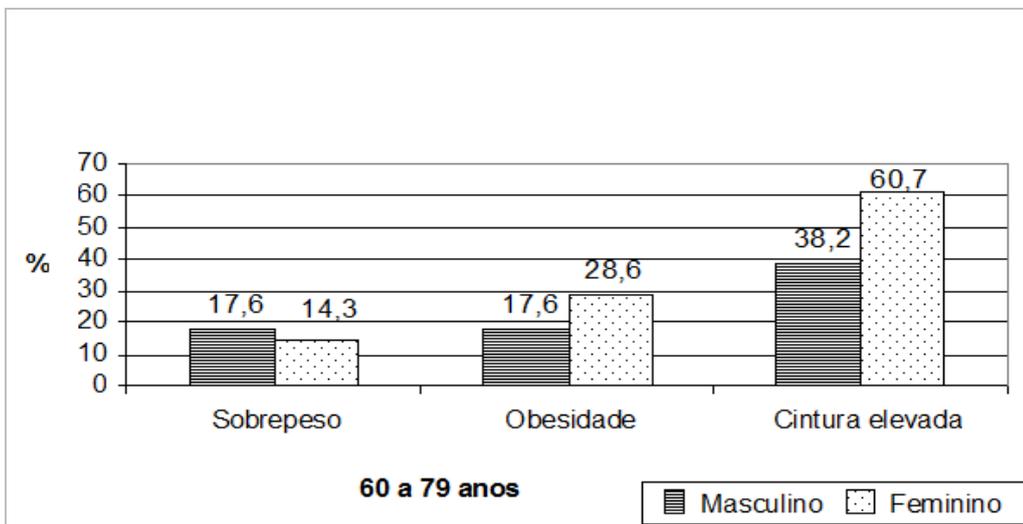
**Figura 1.** Prevalência de sobrepeso, obesidade e circunferência da cintura elevada em indivíduos de 40 a 59 anos da comunidade nipo-brasileira Okinawana. Campo Grande-MS, 2005



Na Figura 2, as mulheres de 60 a 79 anos, apresentaram maior prevalência de obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) quando comparadas aos homens (28,6%; 17,6%) e grande concentração de gordura na região central do corpo, representada pela circunferência da

cintura elevada, com diferenças significativas entre os sexos (60,7% e 38,2%;  $p 0,078$ ) o que é preocupante por indicar maior risco de alterações lipídicas e consequentemente maior incidência de doenças cardiovasculares

**Figura 2.** Prevalência de sobrepeso, obesidade e circunferência da cintura elevada em indivíduos de 60 a 79 anos da comunidade nipo-brasileira Okinawana. Campo Grande-MS, 2005.



Ao compararmos os resultados encontrados com outros estudos brasileiros, como a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009 (IBGE, 2010) e a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2011 (BRASIL, 2012), nota-se que a prevalência de excesso

de peso ( $IMC \geq 25$ ) foi maior na comunidade de nipo-brasileiros okinawanos analisada.

Esse elevado número de nipo-brasileiras okinawanas com a circunferência da cintura aumentada foi muito similar ao estudo de Carnellosso et al. (2010) em mulheres na região de Goiânia. O que

chama atenção é que as okinawanas participantes tiveram quase cinco vezes maior a prevalência de trigliceridemia quando comparadas com este estudo.

Siqueira et al (2008) verificou que a hipertrigliceridemia é uma anormalidade lipídica mais comum nos nipo-brasileiros, sugerindo que a dieta ocidental esteja prejudicando a saúde desses indivíduos.

Estudo de Fujimoto et al. (1995) realizados no Japão mostraram que os japoneses mesmo com um IMC baixo (peso em relação a altura), apresentam maiores taxas de gordura corporal, quando comparados com os caucasianos. Outros trabalhos como Wang e colaboradores (1994) demonstraram que, em geral, asiáticos apresentam maior distribuição centralizada de gordura corporal e gordura subcutânea do que os caucasianos.

Dessa forma, outros pontos de corte de IMC foram redefinidos pela International Obesity Taskforce e Japan Society for the Study of Obesity, que classificam como obesidade para a população japonesa, o corte de IMC  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> (KANAZAWA et al. 2002).

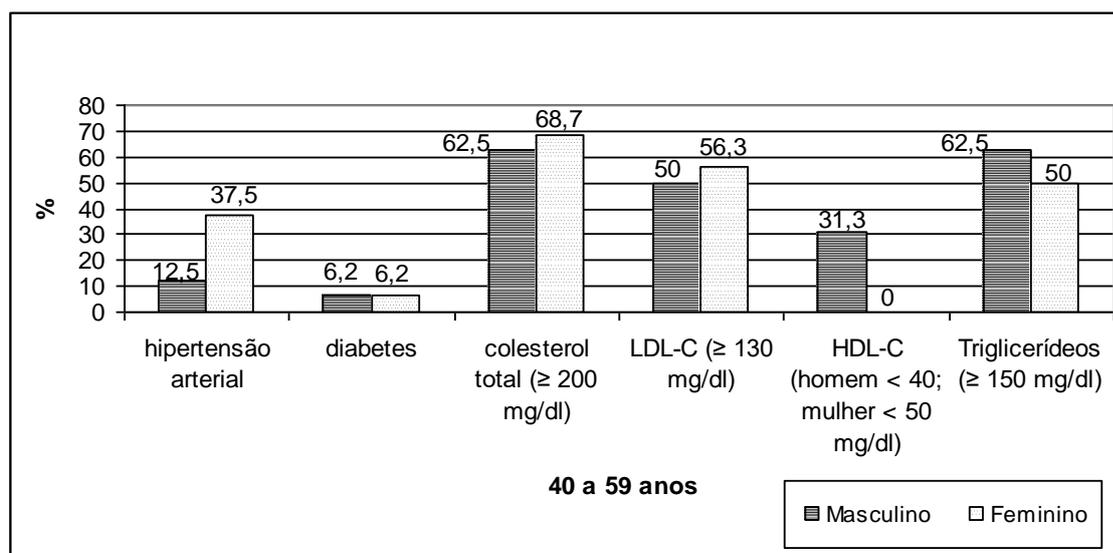
Em estudos realizados em japoneses que migraram e residiram em novos locais, como os Estados Unidos e o Brasil encontraram-se nesses descendentes maiores desordens metabólicas e vasculares, quando expostos ao ambiente ocidental (FUJIMOTO et al. 2000; SIQUEIRA et al. 2008).

Os nipo-brasileiros participantes deste estudo também sofreram inúmeras mudanças nos hábitos alimentares. Na avaliação do consumo alimentar, notou-se baixa frequência de alimentos da culinária japonesa/okinawana, indicando o empobrecimento da dieta, quando comparados com os nativos da região. Em contra partida, foi observado o elevado consumo de alimentos processados, como arroz, macarrão, biscoitos e margarinas, e ainda, moderada ingestão de açúcares simples e embutidos.

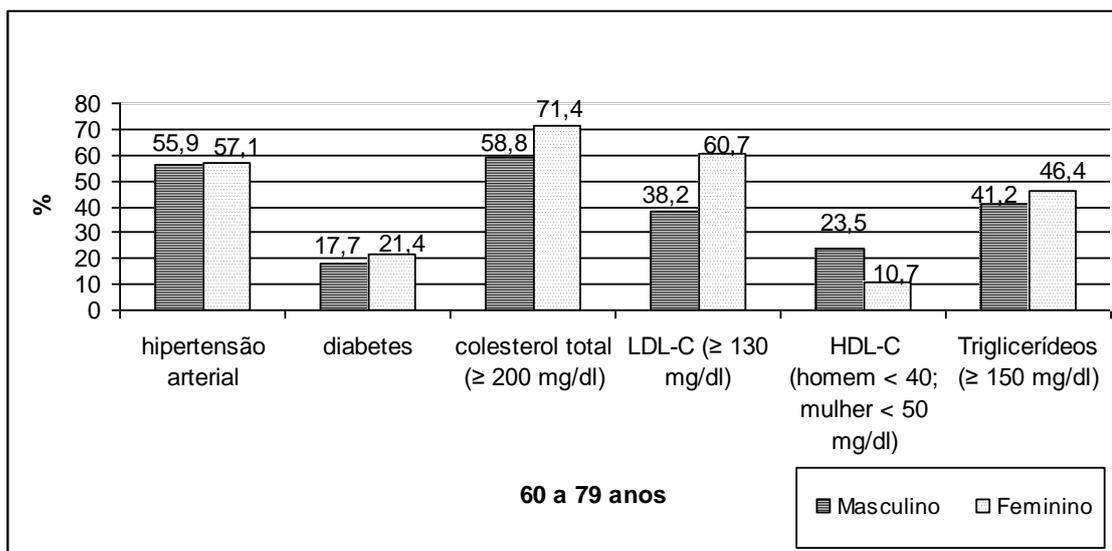
Segundo relatos dos entrevistados, as modificações alimentares foram decorrentes da incorporação de novos hábitos, do custo elevado dos produtos de origem japonesa e do tempo necessário para o preparo dos pratos tradicionais. Os entrevistados lamentaram que a rica culinária japonesa/okinawana tenha sido colocada em segundo plano, mas que, em função dos novos hábitos fica cada vez mais difícil manter os alimentos tradicionais no dia-a-dia das famílias.

Na Figura 3 e 4 apresentam a prevalência da hipertensão arterial, diabetes e alterações das concentrações séricas de lipídios, segundo faixa etária e sexo. De acordo com os dados, foi observado o aumento na prevalência da hipertensão após os 40 anos de idade. Este resultado é consistente com outros estudos, como o de Piccini e colaboradores (2012) e Cipullo e colaboradores (2010), indicando a necessidade do manejo dos fatores modificáveis para hipertensão.

**Figura 3.** Prevalência de hipertensão arterial, diabetes e alterações bioquímicas em indivíduos de 40 a 59 anos da comunidade nipo-brasileira okinawana. Campo Grande-MS, 2005.



**Figura 4.** Prevalência de hipertensão arterial, diabetes e alterações bioquímicas em indivíduos de 60 a 79 anos da comunidade nipo-brasileira okinawana. Campo Grande-MS, 2005.



Foi observada elevada prevalência de diabetes *mellitus* (19,3%) nos indivíduos de 60 a 79 anos (homens 17,7%; mulheres 21,4%). Iseki e colaboradores (2001) na ilha de Okinawa e Takahashi et al. (2000) em Minayo, (Okinawa), observaram menor prevalência quando comparamos aos dados do presente estudo.

As mulheres apresentaram maiores frequências de pressão arterial elevada, glicemia de jejum alterada e alterações de concentrações séricas de colesterol total e LDL-colesterol quando comparados aos homens. Provavelmente a maior prevalência de obesidade e a concentração de gordura na região central do corpo encontrada nas mulheres contribuíram com as alterações observadas no estudo.

Para os homens, o excesso de peso, o consumo de tabaco e o álcool, podem estar contribuindo para as alterações observadas nos níveis de pressão arterial, glicemia de jejum e concentrações de lipídios.

Os valores identificados reforçam que possivelmente a incidência de diabetes *mellitus* de uma população, se altera segundo as condições de vida do novo local de moradia. Imigrantes japoneses que fixaram residência no Hawaii e em Los Angeles, quando adotaram uma alimentação rica em alimentos processados, com elevado conteúdo de gorduras, carboidratos e açúcares simples, associados a reduzida prática de atividades físicas, passaram a ter maior incidência de diabetes *mellitus* (NAKANISHI et al., 2004).

Em geral, estudos demonstram que os japoneses apresentam maiores incidências de diabetes que outras populações, quando sujeitos a um modo de vida ocidentalizado, demonstrando que os mesmos parecem

ser geneticamente mais predispostos a doenças crônicas (ANDRADE et al., 2011; SIMONY et al. 2008).

Um ponto a ser discutido em pesquisas com descendentes japoneses e com outras etnias de origem asiática, refere-se aos critérios adequados de pontos de corte de medidas antropométricas, como a circunferência da cintura para melhor avaliação nutricional. INOUE e colaboradores (2000) e a International Diabetes Federation (IDF) sugerem valores limítrofes de 80 cm para mulheres e 90 cm para os homens japoneses como valor risco para a circunferência da cintura (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

O estudo de Simony et al. (2007) com nipo-brasileiros residentes em Bauru, SP sugere que não há necessidade de se adaptar os pontos de corte de IMC para esse grupo populacional, mas, requer um cuidado especial na atenção à saúde de nipo-brasileiros com  $IMC > 25\text{kg/m}^2$ , a fim de diminuir o risco de desenvolvimento de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial associada à obesidade.

Evidencia-se que os fatores ambientais, como o estilo de vida e a adoção de hábitos alimentares ocidentais relacionados com os fatores genéticos, como a distribuição de gordura corporal dessa etnia, podem estar influenciando em maior morbidade nessa comunidade nipo-brasileira okinawana.

Diante das evidências identificadas no estudo, é necessário que haja ações de vigilância dos fatores de risco e cuidados especiais de saúde, de maneira a contemplar as especificidades culturais de nipo-brasileiros, promovendo as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade de vida dessa comunidade.

## REFERÊNCIAS

---

- ANDRADE, R. C. G. et al. Prevalence of diabetes mellitus in the Japanese-Brazilian community of Mombuca, Guataparã, SP. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 55, n. 2, Mar., 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2011. *Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARNELOSSO, M. L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, Rio de Janeiro, 2010.
- CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 94, n. 4, São Paulo, 2010.
- FUJIMOTO, W.Y.; BERGSTROM, R. W.; BOYKO, E. J.; LEONETTI, D. L.; NEWELL-MORRIS, L. L.; WAHL, P.W. Susceptibility to development of central adiposity among populations. *Obesity Research e Clinical Practice*, supl. 3, p. 179-186, 1995.
- FUJIMOTO, W. Y. et al. Type II diabetes and the metabolic syndrome in Japanese-Americans. *Diabetes Research and Clinical Practice*, supl. 50, p. 73-76, 2000.
- IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. *Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro, 2010.
- KANAZAWA, M; YOSHIKE, N; OSAKA, T.; NUMBA, Y; ZIMMET, P.; INOUE, S. Criteria and classification of obesity in Japan and Asia Oceania. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, supl. 11, p. 732-737, 2002.
- INOUE, S.; ZIMMET, P.; BASSET, J.; CATERSON, I.; CHUNMING, C.; IKEDA, Y. *The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment*. World Health Organ Tech. Australia Pty limited, 2000.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. IDF, 2006.
- ISEKI, K; OSHIRO, S.; TOZAWA, M.; IKEMIYA, Y.; FUKIYAMA, K.; TAKISHITA, S. Prevalence and correlates of diabetes mellitus in a screened cohort in Okinawa, Japan. *Hypertension Research*, v. 25, p. 185-190, 2001.
- MALTA, D. C. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 373-387, set., 2015.
- NAKANISHI, S.; OKUBO, M.; YONEDA, M.; JITSUIKI, K.; YAMANE, K.; KOHNO, N. et al. A comparison between Japanese-americans living in Hawaii and Los Angeles and native Japanese: the impact of lifestyle westernization on diabetes mellitus. *Biomed Pharmacother*, v. 58, n. 10, p. 571-577, dez., 2004.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. O problema do sobrepeso e da obesidade. In: *Obesidade: Prevenindo e controlando a epidemia global*. São Paulo: Roca, 2004.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003.
- PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, jun., 2012.
- SIMONY, R. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em nipo-brasileiros: comparação entre sexos e geração. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, n. 2, abr., 2008.
- SIQUEIRA, A.F. A. et al. Distúrbios no perfil lipídico são altamente prevalentes em população nipo-brasileira. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 52, n. 1, São Paulo, 2008.
- TAKAHASHI, Y.; NODA, M.; TSUGANE, S.; KUZUYA, T.; ITO, C.; KADOWAKI, T. Prevalence of diabetes estimated by plasma glucose criteria combined with standardized measurement of HbA among health checkup participants on Mako Island, Japan. *Diabetes Care*, v. 23, n. 8, ago., 2000.
- THEME FILHA, M. M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, supl. 2, p. 83-96, dez., 2015.
- WANG, J; THORNTON, J.C.; RUSSELL, M.; BURASTERO, S.; HEYMSFIELD, S.; PIERSON Jr., R.N. Asians have lower body mass index (BMI) but higher percent body fat than do whites: comparisons of anthropometric measurements. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 60, n. 1, p. 23-28, 1994.

---

Pesquisa financiada pela Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT) e pelo Laboratório Bioclínico.

*In memoriam* ao professor Dr. José Roberto Zorzatto pelas análises de bioestatística.

## ANÁLISE ESPACIAL DOS CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: ESTUDO RETROSPECTIVO

### ANALYSIS OF SPATIAL LEISHMANIOSE HUMAN CASES VISCERAL IN THE STATE OF MATO GROSSO DO SUL: RETROSPECTIVE STUDY

Viviane Regina Noro<sup>1</sup>  
 Paulo Silva de Almeida<sup>2</sup>  
 Adeir Archanjo da Mota<sup>3</sup>  
 Fábio Juliano Negrão<sup>4</sup>

- 
1. Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) Dourados-MS, Brasil  
vi\_noro@hotmail.com
  2. Laboratório Regional de Entomologia, Núcleo Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Dourados-MS, Brasil  
psilvadealmeida@yahoo.com.br
  3. Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) Dourados-MS, Brasil  
adeirmota@ufgd.edu.br
  4. Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) Dourados-MS, Brasil  
fabionegrão@ufgd.edu.br

---

Recebido: 13/07/2016  
 Aprovado: 16/10/2016

**RESUMO:** Sexta doença endêmica prioritária no mundo a leishmaniose visceral humano tem um perfil epidemiológico geograficamente distinto. É endêmica em Mato Grosso do Sul, onde as mudanças na história natural da doença são ligadas à ecologia do vetor, à história dos reservatórios humanos e/ou animais e pela interferência antropogênica no ambiente. **Objetivo:** Contribuir para o Sistema Público de Saúde com a descrição da distribuição geográfica dos vetores e dos casos humanos de leishmaniose visceral americanos no Estado de Mato Grosso do Sul, no período de 1º de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2014. **Materiais e Métodos:** Para a análise espaço-temporal foi utilizado método de posicionamento de dados no centroide do polígono de cada município, utilizando o banco de dados geográficos de distribuição fornecida pelo Instituto brasileiro de Geografia e Estatística, dados secundários de casos humanos disponíveis no Sistema de Informação Notificação de Agravos e distribuição dos vetores fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. **Resultados:** Nesta pesquisa, foram descritos casos humanos em 61 dos 79 municípios de Mato Grosso do Sul, e mapeada a rota de expansão da doença humana em direção norte e sul. **Conclusão:** As informações geográficas apresentadas são estratégicas e importantes para o planejamento do controle da doença no estado de Mato Grosso do Sul e que se fez urgentes e necessárias a investigação e avaliação do programa de controle da doença.

**Palavras-chave:** Leishmaniose visceral; Sistema de informação em saúde; Epidemiologia.

**ABSTRACT:** Sixth priority endemic disease in the world human visceral leishmaniasis has a geographically distinct epidemiological profile. It is endemic in Mato Grosso do Sul, where changes in the natural history of the disease are linked to the ecology of the vector, the history of human and / or animal reservoirs and anthropogenic interference with the environment. **Objective:** To contribute to the Public Health System with a description of the geographic distribution of vectors and human cases of American visceral leishmaniasis in the State of Mato Grosso do Sul, from January 1, 1999 to December 31, 2014. **Materials and Methods:** For the space-temporal data we used in the centroid of the polygon of each municipality, using the geographic distribution database provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics, secondary data of human cases available in the Information System for Notification of Injuries and distribution of vectors provided by the State Department of Health. **Results:** In this research, human cases were described in 61 of the 79 municipalities of Mato Grosso do Sul, and mapped the route of human disease expansion towards north and south. **Conclusion:** The geographic information presented is an important strategy for the planning of disease control in the state of Mato Grosso do Sul the investigation and evaluation of the disease control program are urgent and necessary.

**Keywords:** Visceral leishmaniasis; Health Information Systems; Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a Leishmaniose Visceral Humana (LVH), doença transmitida por vetores, está entre as seis principais endemias presentes no mundo, com 200.000 a 400.000 novos casos a cada ano, mais de 90% desses casos são diagnosticados em seis países: Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia, Sudão do Sul, e Sudão (OMS, 2015).

A cadeia de transmissão da LVH, é influenciada pela interrelação entre o vetor, o reservatório animal e os humanos (CHAGAS, 1937). Nas Américas, o principal agente etiológico da LVH é a *Leishmania infantum* (sin. *L. chagasi*) que tem como vetores insetos flebotômíneos. No Brasil é encontrado e incriminado como vetor o *Lutzomyia longipalpis* (LUTZ & NEIVA, 1912) e *Lutzomyia cruzi* (MANGABEIRA, 1938; GALATI *et al.*, 1997; BRASIL, 2014).

As leishmanioses, eram classificadas como zoonoses, doença que pode ser transmitida de animais para humanos, contudo foram reclassificadas como zoonose, que a define como uma doença primária em homens que pode ser transmitida para animais (OMS, 2015). A forma clínica da LVH no Brasil não difere da doença que é encontrada em outras regiões do mundo (TEIXEIRA, 1980; MARZOTHI *et al.*, 1985). Contudo, há variação epidemiológica entre as regiões geográficas no Brasil (MARZOCHI & MARZOCHI, 1994).

A relação entre a migração e a re-emergência de algumas doenças infecciosas é bem descrita (SINZENBERGH *et al.*, 2004), contudo há escassez de recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde, falta de informações de série histórica e distribuição dos casos de LVH para auxiliar nas ações em saúde (GONTIJO, 2004). Para auxiliar os gestores foram desenvolvidas técnicas de análise geográfica, que têm sido utilizadas para tomada de decisão, planejamento e execução das ações de controle de diversas doenças (BARCELLOS & BASTOS, 1996; BARCELLOS & SANTOS, 1997; BRASIL, 2009).

No Brasil, nos últimos anos houve alteração nos fluxos de migração e na história natural das doenças infecciosas e parasitárias (DUARTE & BARRETO, 2012), onde a transição epidemiológica não explica esses novos quadros de morbimortalidade ou modelos de detecção, diagnóstico, terapêutica, prevenção e controle para os serviços de saúde e foram descritos novos perfis epidemiológicos para doenças emergentes e re-emergentes (LUNA, 2002).

Na LVH tem sido observado a expansão da doença, com surgimento de novos casos. As ações de o controle vetorial, de eliminação dos reservatórios animais e o tratamento dos casos humanos não têm o impacto esperado na redução da transmissão da

doença, tanto a humanos quanto à animais (TEIXEIRA *et al.*, 2002; LIMA *et al.*, 2007; COSTA, 2011; BRASIL, 2014).

No Estado do Mato Grosso do Sul, é vasta a área com clima e vegetação apropriados para o desenvolvimento de vetores responsáveis pela transmissão de LVH (ALMEIDA *et al.*, 2013) e é crescente o número de casos, indicando que a doença está em expansão (JUNIOR *et al.*, 2009) apesar do controle da doença baseado no abate de cães, combate do vetor por aspersão de inseticida e no diagnóstico e tratamento dos casos humanos (BRASIL, 2006).

Novos estudos são emergenciais sobre vacinas, métodos de controle, tratamento e redução na letalidade da doença (COSTA, 2011; BRASIL, 2013). O presente estudo teve por objetivo analisar a perfil da distribuição e evolução da espacial da LVH no estado no período de janeiro de 1999 a dezembro 2014 a fim de contribuir com o estudo sobre a Leishmaniose Visceral, que representa um sério problema de saúde pública e como meta contribuir com programas e ações de saúde estaduais e/ou regionais para o controle da LVH.

## METODOLOGIA

### Método

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, para mapear o perfil da distribuição e evolução espacial da LVH, relacionando a presença ou ausência dos vetores *Lu. longipalpis* e *Lu. cruzi*, nesse trabalho foram utilizadas duas fontes de dados secundários: i) o Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN) abrangendo as notificações dos casos humanos no período de 1999 a 2014 e os relatórios sobre distribuição das espécies de flebotômíneos detectados em atividades de vigilância entomológica em Mato Grosso do Sul no período de 2003 a 2015, fornecidos pela Superintendência Geral de Vigilância em Saúde, pela Coordenadoria de Controle de Vetores/CCV/Campo Grande/MS, pela Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (SES/MS). Foram incluídos no estudo casos classificados como autóctones de LVH, excluídos casos onde não houve o fechamento do diagnóstico.

### Característica da população

O Mato Grosso do Sul conta com uma extensão 357.145,534 Km<sup>2</sup> e uma densidade demográfica de 6,86 hab/km<sup>2</sup>. A estimativa da população em 2015 foi de 2.651.235 habitantes. Conta com 79 municípios sendo a capital Campo Grande (IBGE, 2016).

## Análise Geocartográfica

A análise da distribuição espaço-temporal foi realizada pela comparação dos mapeamentos dos casos registrados de LVH entre os períodos de 1999 a 2006 e 2007 a 2014. Os mapas foram elaborados no software ArcGIS 10.2.2, disponível no Laboratório de Geoprocessamento da Faculdade de Ciências Humanas/UFGD, o que possibilitou a visualização e a comunicação cartográficas e a interpretação dos resultados.

A base de dados geográfica associada a base cartográfica municipal de Mato Grosso do Sul, em formato shapefile, disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), permitiu o georreferenciamento dos casos de LVH e dos municípios com a presença dos vetores *Lu. longipalpis* e *Lu. cruzi* em Mato Grosso do Sul. Para isto se empregou o método de posicionamento de dados no centroide do polígono de cada município, da base do IBGE/2007.

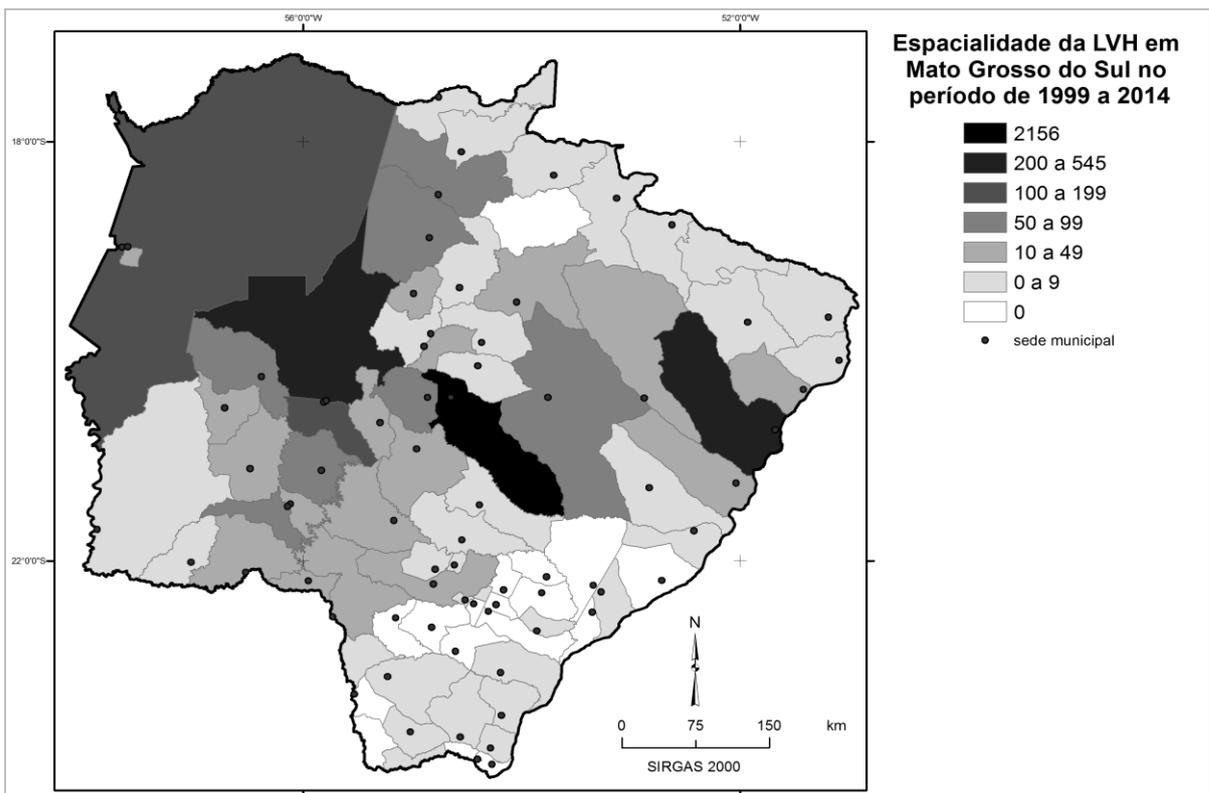
## Aspectos éticos

O presente trabalho obedeceu aos princípios éticos contidos na Resolução 446/11 de 11 de agosto de 2001 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, recebendo o número do parecer 1.402.537 e CAAE 51482215.2.0000.5160.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao mapear a distribuição dos casos humanos, de acordo com a densidade de ocorrências nos municípios de Mato Grosso do Sul, é possível observar na figura 1 que 61 dos 79 municípios do Estado do Mato Grosso do Sul tiveram registros de casos de LVH. E, apesar das medidas de controle vetorial, de controle dos reservatórios caninos urbanos e tratamento dos doentes (LUNA, 2002, COSTA, 2011; BRASIL, 2013), não foi possível o controle da doença.

**Figura 1.** Distribuição espacial dos casos humanos de Leishmaniose Visceral Americana no estado de Mato Grosso do Sul; de 1999 a 2014.



**Fonte:** Base Cartográfica IBGE; Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2015.

Historicamente a LVH é uma doença de fronteira de colonização; epidêmica em zonas de expansão agrícola e endêmica nas zonas colonizadas e urbanizadas, se mantendo, principalmente, em

periferias e em vales próximos a rios, lagoas e resquícios de mata (MARZOCHI *et al.*, 1985; BRASIL, 2014).

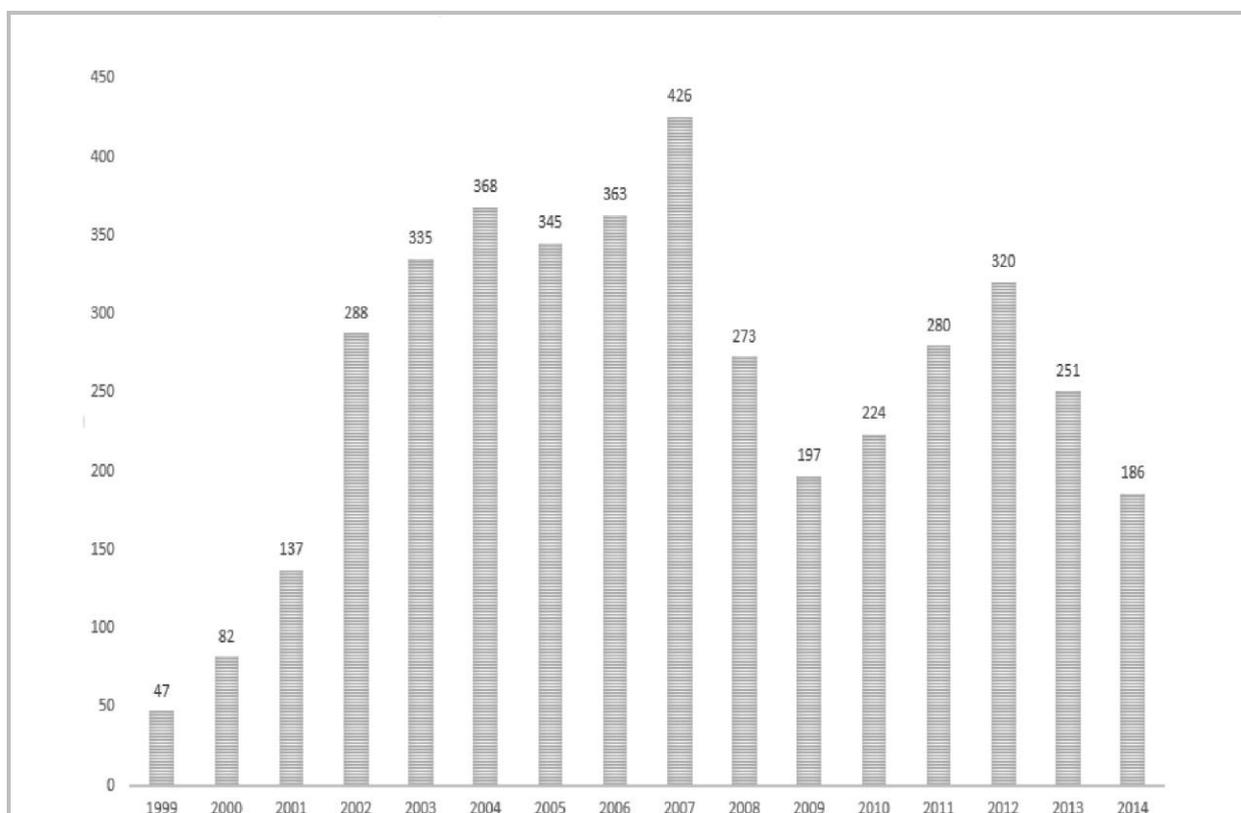
A história natural da doença, em Mato Grosso do Sul (MS), se inicia anteriormente a criação do estado em 1977 (BRASIL, 1977), e já descrita em Corumbá a partir de 1913, com o primeiro relato de caso humano (MIGONE, 1913). Recentemente, em MS foi descrito duas epidemias históricas em 2010 e 2015 em Dengue, outra doença vetorial (MACHADO, *et al.*, 2014; BRASIL, 2015). Tanto Dengue quanto Leishmaniose, são consideradas doenças re-emergentes, pois foram controladas no seu ciclo urbano, juntamente com Febre Amarela na metade do século XX, contudo na década de 70 o vetor da dengue ressurge nas áreas urbanas (COSTA *et al.*, 2011).

A análise da distribuição temporal e espaço-temporal são fundamentais para compreensão da dinâmica da morbidade e ou mortalidade no território

(MOTA, 2014), e a perspectiva focada no indivíduo que manifesta a doença, e a morbimortalidade como reflexo do lugar, destacando a importância de fatores locais na diferenciação espacial de ocorrência dos processos saúde-doença (BARCELLOS, 2008), sendo necessário a compressão dos fatores sociais na dispersão migratória, o efeito antropogênico no ambiente e as medidas de controle para os serviços de saúde (LUNA, 2002).

Foram totalizados 4.091 casos da doença no período de 1999 a 2014, e a distribuição por ano pode ser visualizada na figura 2, que permite observar dois períodos de registro dos casos de LVH, em 1999 a 2006 e de 2007 a 2014, quando foram notificados 2.124 casos em 47 municípios e 1.967 casos em 56 municípios, respectivamente.

**Figura 2.** Quantidade anual de casos humanos de Leishmaniose Visceral Americana no estado de Mato Grosso do Sul demonstrados no período de 1999 a 2014.



A estratégia utilizada anteriormente para o controle da Febre Amarela, com o uso de borriiação com dicloro-difenil-tricloroetano (DDT) para erradicação do vetor (*Aedes aegypti*), em 1947 (BRASIL, 2001), inseticida eficiente contra flebotomíneos, se provou ineficaz e atualmente é uma prática ilegal em decorrência do efeito residual desse inseticida e sua correlação com câncer (D'AMATO *et al.*, 2002; COSTA *et al.*, 2011; BRASIL, 2001).

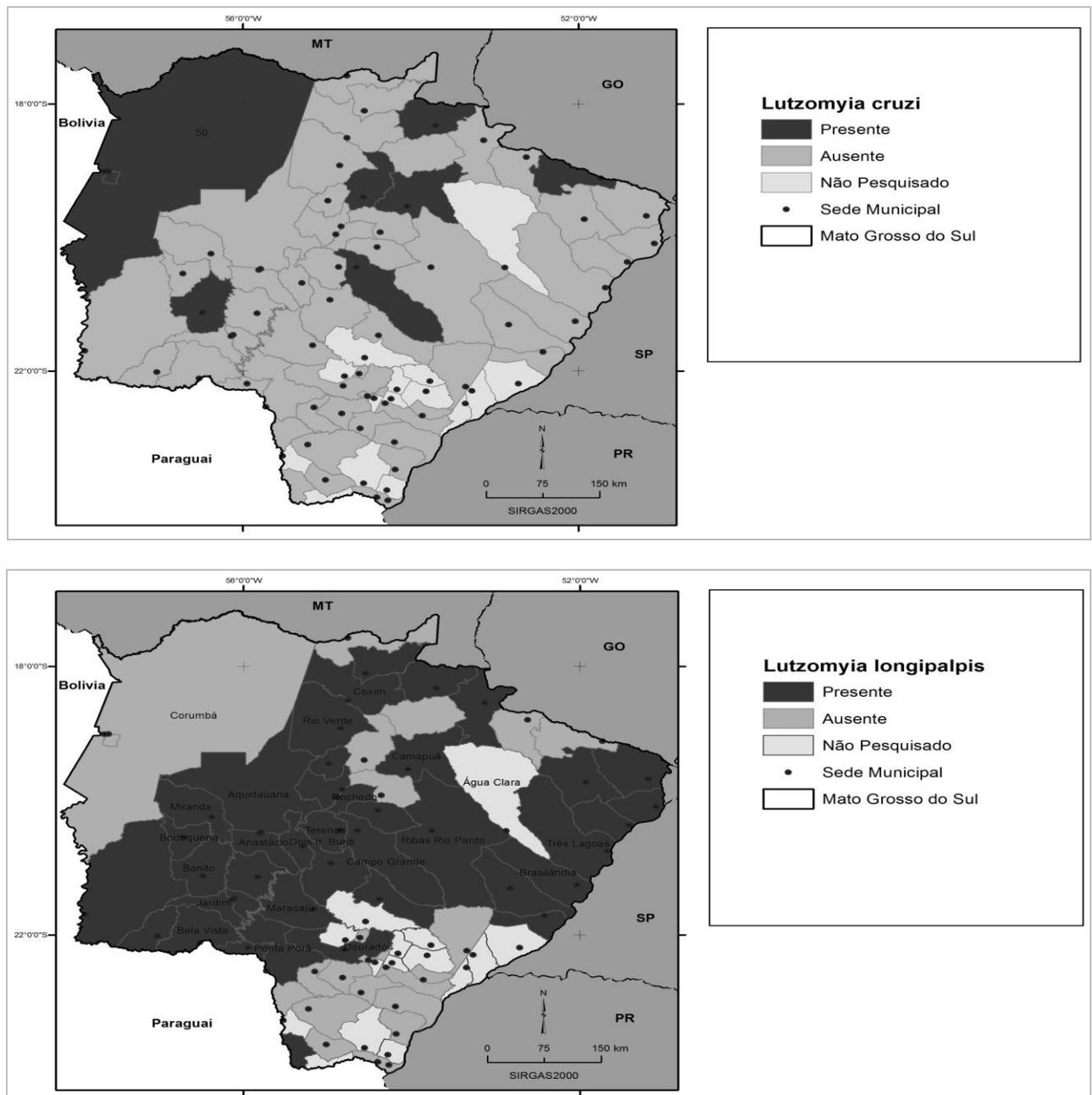
Ao mapear a distribuição dos casos de doença e dos vetores de acordo com os picos de densidade, nas figuras 3, 4, e 5, foi possível observar que houve sobreposição de casos notificados de LVH com a distribuição dos vetores *Lu. longipalpis* e *Lu. cruzi*. Municípios como Corumbá, Campo Grande, Aquidauana e Três Lagoas permanecem com um número de transmissão semelhante em todo o período estudado, e se consolidam como rota da doença.

Contudo, Camapuã, Ponta Porã e Dourados que apresentavam pequeno número de casos da doença de 1999 a 2006, registraram número maior de casos de 2007 a 2014, demonstrando uma nova rota de expansão da doença em direção norte e direção sul e a necessidade de uma abordagem de controle diferenciada da adotada anteriormente.

Apesar de não explicar a manutenção do agente etiológico no ambiente, a distribuição dos casos registrados de LVH em humanos relacionados com a presença dos vetores encontrados nos municípios se

sobrepõe assim como demonstrado em estudo semelhante o que pode indicar que para que haja casos humanos de LVH esses vetores sejam necessários (ALMEIDA *et al.*, 2010b). E, *Lu. longipalpis* foi encontrado em número maior de municípios que o *Lu. cruzi*, e em 2014 *Lu. cruzi* foi incriminado como vetor no Estado do Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2014) sendo encontrado naturalmente infectado por *L. chagasi* no Estado de Mato Grosso (MISSAWA *et al.*, 2011)

**Figura 3.** Espacialidades de ocorrências de espécimes *Lutzomia cruzi* e *Lutzomia longipalpis* em Mato Grosso do Sul no período 2003 a 2015.



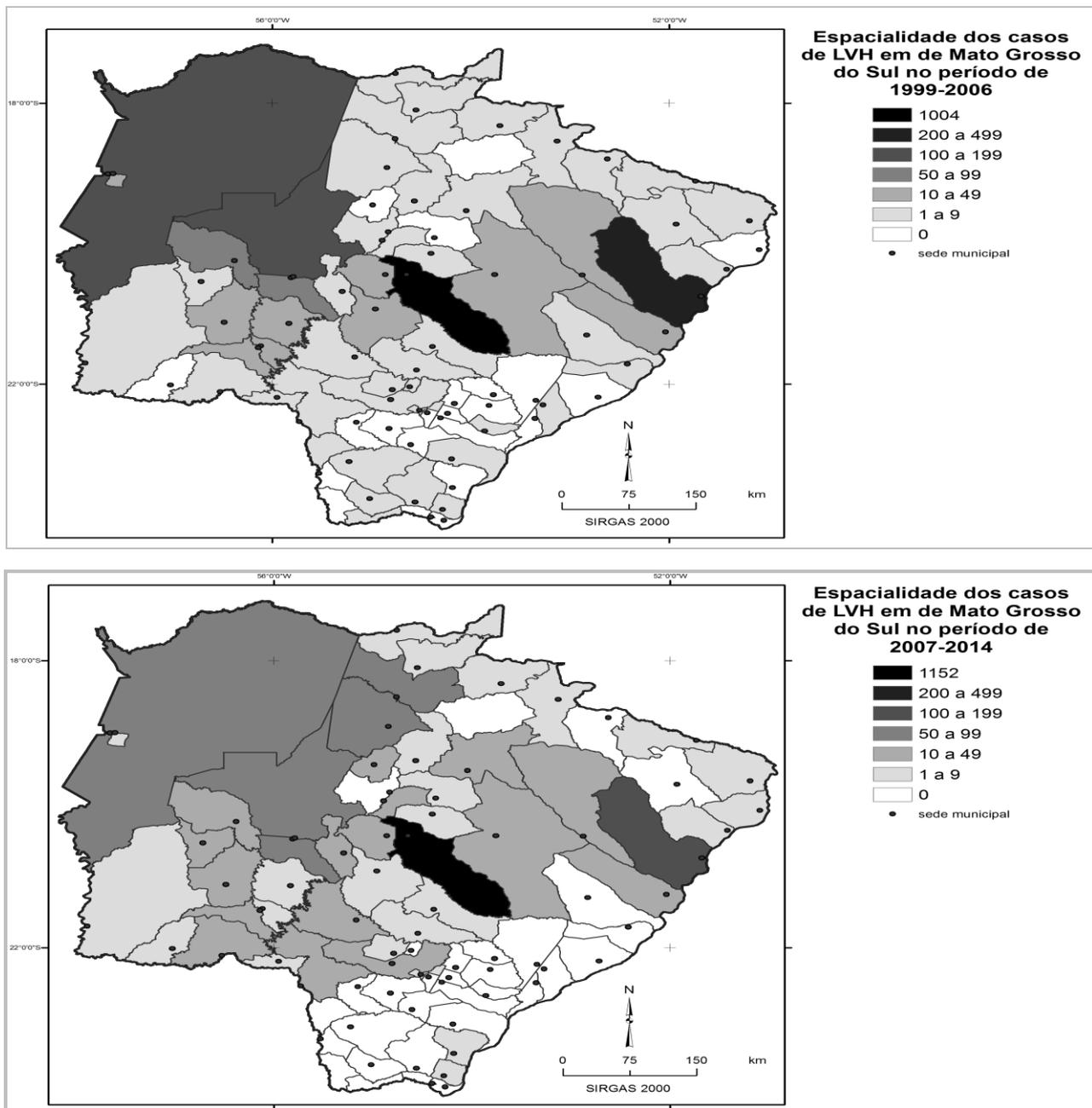
**Fonte:** Brasil. Ministério da Saúde. SINAN; Base Cartográfica IBGE; Superintendência Geral de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Controle de Vetores/CCV/Campo Grande/MS, Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (SES/MS), 2015.

A observação de uma grande densidade do vetor de *Lu. longipalpis* pode ser um alerta para um possível surto de LVH (ALMEIDA *et al.*, 2010a), semelhante ao que vemos nas regiões endêmicas para Dengue (TORRES *et al.*, 2013). Contudo, a transmissão da LVH depende de alguns fatores sendo os principais: dose infectante, cepa envolvida, estado imune do indivíduo/população, hábitos e preferências alimentares do vetor, e sua dispersão no ambiente natural (BRASIL, 2014; OPAS, 2010).

A distribuição geográfica dos casos humanos de LVH, em Mato Grosso do Sul com uma rota de

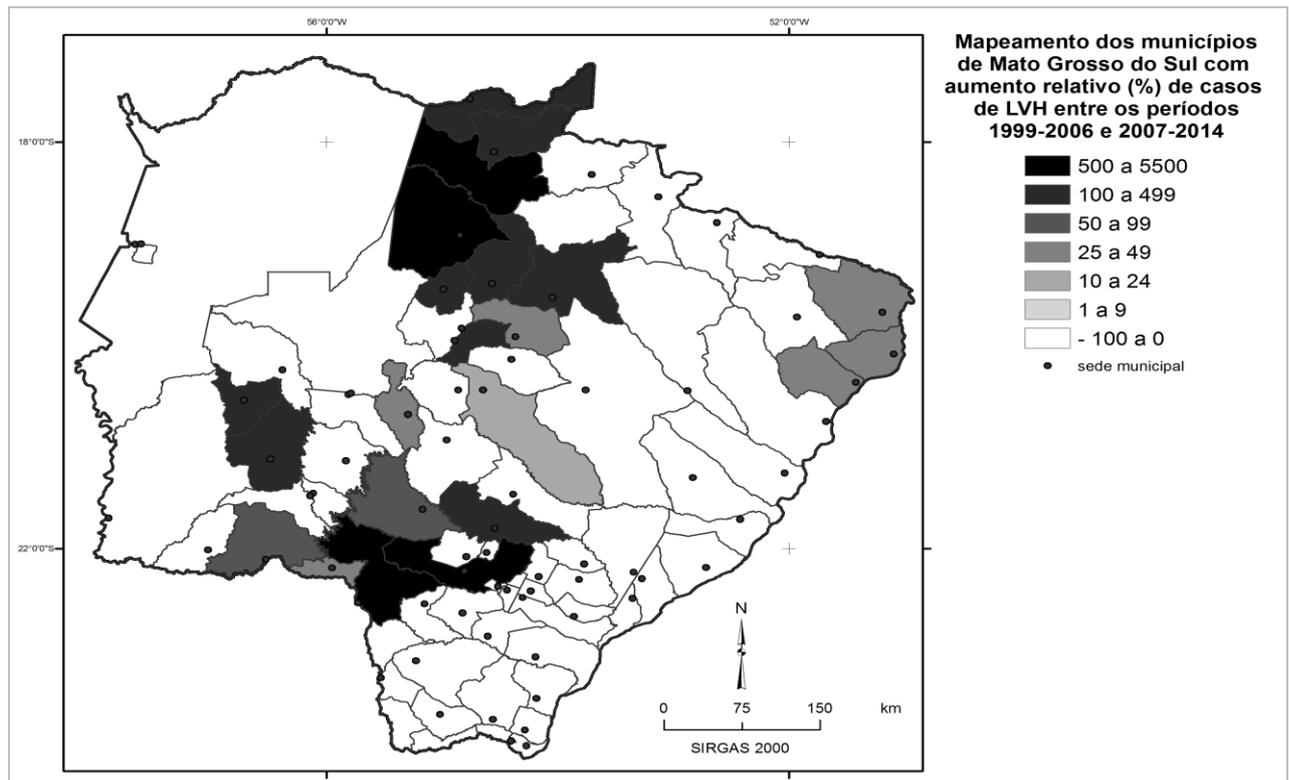
disseminação da doença acompanhando a construções de estradas e ferrovias, as quais a doença se expande do Oeste para leste do estado (ANTONIALI *et al.*, 2007). Contudo, esse modelo não explica a expansão da doença para região norte e sul, com aumento na densidade de casos e demonstra que há mais de um modelo de dispersão. A história natural da doença segue a teoria clássica de transição epidemiológica (OPAS, 2010), contudo semelhante ao que acontece em outras doenças vetoriais há incapacidade de controle da endemia (MARTINS *et al.*, 2014).

**Figura 4.** Mapeamentos dos casos humanos de Leishmaniose Visceral Americana detectados em Mato Grosso do Sul nos períodos de 1999 a 2006 e 2007 a 2014.



**Fonte:** Base Cartográfica IBGE; Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2015.

**Figura 5.** Mapeamento dos municípios sul-mato-grossenses com crescimento na quantidade de casos humanos detectados de LV entre os períodos de 1999 a 2006 e 2007 a 2014.



**Fonte:** Base Cartográfica IBGE; Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2015.

O aumento no número de casos de LVH tem sido explicado por mudanças ambientais, em decorrência dos fluxos migratórios por pressões econômicas e sociais, processos de urbanização crescente, inefetividade no controle vetorial e a manutenção das fontes de infecção pelo não diagnóstico de casos em humanos e em animais (BRASIL, 2014; MARZOCHI & MARZOCHI, 1994) e adaptação do vetor ao ambiente humano, presença de sinantrópicos e aumento na quantidade de cães no meio urbano (BRASIL, 2014).

O padrão epidemiológico se urbanizou e a LVH continua presente em grandes centros como Rio de Janeiro e se expande em São Paulo e se mantém de forma endêmica com surtos esporádicos em 19 dos 27 estados, incluindo Mato Grosso do Sul. Neste há registro da LVH, com aproximadamente 1.600 municípios com transmissão autóctone, ou seja, origina-se no município onde é encontrado (BRASIL, 2014). Ao analisar a LVH no Brasil de 1984 a 2002, foi descrito a média de 3.156 casos anuais, com letalidade variando de 10 a 19% no primeiro episódio da doença (BRASIL, 2014).

Muito se tem discutido sobre o papel do vetor na história natural da doença. O modelo de transmissão vetorial único por *Lu. longipalpis*, não explica a manutenção do agente etiológico no reservatório

urbano, a observação dos elos epidemiológicos tem sido uma fonte de estudos principalmente quando não são encontrados esses flebotomíneos em levantamentos de fauna flebotômica (SHIMABUKURO *et al.*, 2011).

Há diminuição no registro de casos em regiões onde não existem medidas de controle do vetor ou sacrifício dos animais reservatório, que pode ser explicado pela história natural da Leishmaniose em um ciclo de transição epidemiológica, em um ciclo epidêmico durante a invasão do ambiente natural para a expansão agrícola, seguido pelo comportamento descrito anteriormente onde a epidemia cede espontaneamente em regiões que não receberam medidas de controle, provavelmente, em decorrência do grande número de infecções assintomáticas e a ocorrência de imunidade duradoura (COSTA *et al.*, 1990).

## CONCLUSÃO

A descrição espaço-temporal permitiu visualizar a expansão da LVH no Estado do Mato Grosso do Sul no período de 1999 a 2014. O aumento do número de casos a partir de 2002 assemelha-se a mudança de comportamento ocorrida com a dengue neste mesmo

período. No entanto, em 2008 e 2010, quando ocorreram novas epidemias de dengue, a LVH apresentou comportamento inverso. Tal comportamento provavelmente ocorreu devido a ação de inseticidas utilizados no combate do *Aedes Aegypti*, resultando em diminuição de flebotômíneos e consequentemente na transmissão de LVH.

Após uma evolução em direção leste, citado em outros estudos, a doença parece estar evoluindo para norte e sul do Estado por fatores ainda não esclarecidos, chamando atenção para necessidade de novas pesquisas e de reavaliação das estratégias de controle da doença. Destaca-se que o trabalho foi realizado com dados secundários e a pesquisa de vetores e a notificação dos casos humanos não permite uma análise com paralelo temporal, uma vez que, os dados são limitados a forma de compilação e apresentação, tal fato ocorreu, porque o método empregado não é desenvolvido para este tipo de pesquisa, pois os dados, muitas vezes, não são preenchidos corretamente nas fichas de coleta de informações e não estão integrados.

A utilização de dados secundários, não coletados diretamente à campo pela equipe do projeto, limita as conclusões do presente estudo. Contudo, a contribuição foi a descrição espacial e temporal das diferentes realidades observadas no Estado de Mato Grosso do Sul, após 103 anos da descrição do primeiro caso autóctone, são descritos pelo menos 4 circuitos de transmissão, caracterizados pela alternância de ciclos epidêmicos/endêmicos e a falta de controle da doença. Diante do exposto, fica evidente, levando em consideração as características regionais, a necessidade e a urgência da reavaliação das estratégias empregadas para controle da doença no Estado.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Paulo Silva de *et al.* Aspectos ecológicos de flebotômíneos (Diptera, Psychodidae) em área urbana do município de Ponta Porã, Estado do Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*; v. 43, n. 6, p. 723-727, 2010.
- ALMEIDA, Paulo Silva de *et al.* Espécies de flebotômíneos (Diptera, Psychodidae) coletadas em ambiente urbano em municípios com transmissão de Leishmaniose Visceral do Estado de Mato Grosso do Sul. *Revista Brasileira de Entomologia*, v. 54, n. 2, p. 304-310, 2010.
- ALMEIDA, Paulo Silva de *et al.* Predicting the geographic distribution of *Lutzomyia longipalpis* (Diptera: Psychodidae) and visceral leishmaniasis in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 108, n. 8, p. 992-996, 2013.
- ANTONIALLI, Suely Aparecida Correa *et al.* Spatial analysis of American Visceral Leishmaniasis in Mato Grosso do Sul State, Central Brazil. *J Infect.*, v. 54, n. 5, p. 509-14, 2007.
- IBGE. *Base Cartográfica da Unidade Federativa de Mato Grosso do Sul*. 2007. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 fev. 2016.
- BARCELLOS, C. (Org.). *A Geografia e Contexto dos Problemas de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ICICT/EPSJV, 2008. (Saúde e Movimento; n. 6).
- BARCELLOS, C. & BASTOS, F. I. Geoprocessamento, ambiente e saúde: Uma união possível? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 12, p. 389-397, jul-set. 1996.
- BARCELLOS, C. & SANTOS, M. S., 1997. Colocando dados no mapa: A escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. *Informe Epidemiológico*. Brasília, v. 6, n. 1, mar. 1997.
- BRASIL. *Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man\\_dengue.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_prevencao\\_controle\\_dengue.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf)>. Acesso em 12 de julho de 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_controle\\_leishmaniose\\_visceral\\_1edicao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf)>. Acesso em: 28 mai 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral*. Brasília: Ministério da saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_controle\\_leishmaniose\\_visceral.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf)>. Acesso em 10 de jul. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. v. 46. n. 36, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/26/2015-dengue-SE45.pdf>>. Acesso em 08 jul. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Tópicos de Vigilância em Saúde - Leishmaniose Visceral*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1561](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561)>. Acesso em: 28 de maio de 2016. (2013).
- \_\_\_\_\_. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Complementar nº 31, de 11 de Outubro de 1977*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp31.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp31.htm)>. Acesso em 08 jul. 2016.
- CHAGAS, E. Histórico da Leishmaniose Visceral na América do Sul. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 32, n. 3, p. 325-327, 1937.
- COSTA CHN. How effective is dog culling in controlling zoonotic visceral leishmaniasis? A critical evaluation of the science, politics and ethics behind this public health policy. *Rev Soc Bras Med Trop.*, v. 44, n. 2, p. 232-242, 2011.
- COSTA ZGA; ROMANO APM; ELKHOURY ANM; FLANNERY B. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*, v. 1, n. 2, p. 11-26, 2011.
- D'AMATO, Claudio; TORRES, João P. M.; MALM, Olaf. DDT (dicloro difenil tricloroetano): toxicidade e contaminação ambiental uma revisão. *Quím. Nova*, São Paulo, v. 25, n. 6a, p. 995-1002, Nov. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-40422002000600017&lng=en&nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422002000600017&lng=en&nr m=iso)>. Acesso em: 11 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40422002000600017>.

- DUARTE EC, BARRETO SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revista e atualiza o tema. *Epidemiol Serv Saúde*. v. 21, n. 4, p. 529-32, 2012.
- ESPEDITO J. A. Luna. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 5, n. 3, dec. 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300003>.
- GALATI, Eunice. A. B. *et al.* Estudo de flebotomíneos (Diptera, Psychodidae) em foco de leishmaniose visceral no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, p. 378-390, 1997.
- GONTIJO, Célia Maria Ferreira; MELO, Maria Norma. Leishmaniose Visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 7, n. 3, set. 2004.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Base Cartográfica da Unidade Federativa de Mato Grosso do Sul, 2007*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 fev. 2016.
- \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=ms>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- JUNIOR, Manoel Sebastião da Costa Lima. Identificação de espécies de Leishmania isoladas de casos humanos em Mato Grosso do Sul por meio da reação em cadeia da polimerase. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 42, p. 303-308, 2009.
- LIMA, V. L. C. *et al.* Dengue: inquérito populacional para pesquisa de anticorpos e vigilância virológica no município de Campinas, São Paulo, *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 669-82, 2007.
- LUNA, Expedito. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 5, n. 3, 2002.
- MACHADO VIEIRA, Alessandra *et al.* Direct costs of dengue hospitalization in Brazil: public and private health care systems and use of WHO guidelines. *PLoS Negl Trop Dis.*, v. 8, n. 9, p. e3104, set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0003104>>.
- MANGABEIRA FILHO, Octavio Mangabeira. Sobre duas espécies de Flebotomus. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, tomo 33, fasc. 3, 1938.
- MARTINS, Valquiria do Carmos Alves *et al.* Clinical and Virological Descriptive Study in the 2011 Outbreak of Dengue in the Amazonas, Brazil. *Journal Plos One*, v. 9, 2014. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0100535>.
- MARZOCHI, Mauro Célio de A. *et al.* Leishmaniose visceral na Cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 1, p. 5-17, 1985.
- MARZOCHI, Mauro Célio de A. and MARZOCHI, Keyla Belízia F. Tegumentary and visceral leishmaniasis in Brazil: emerging anthroozoonosis and possibilities for their control. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 10, suppl. 2, p. S359-S375, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000800014>>.
- MIGONE LE. Um caso de kalazar a Assuncion (Paraguai). *Bull Soc Pathol Exot*, n. 6, p. 118-120, 1913.
- MISSAWA, Nanci Akemi, *et al.* Evidência de transmissão de leishmaniose visceral por *Lutzomyia cruzi* no município de Jaciara, Estado de Mato Grosso, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, n. 44, p. 76-78, 2011.
- MOTA, A. A. *Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental*. 2014. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciência e Tecnologia, UNESP, Presidente Prudente, 2014.
- NEIVA, Arthur; LUTZ, Adolpho. Contribuição para o conhecimento das espécies do gênero *Phlebotomus* existentes no Brasil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. v. 4 n. 1, 1912. <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02761912000100006>.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades*. Módulo 2: Saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 48 p. v. 2. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo\\_principios\\_epidemiologia\\_2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_2.pdf)>. Acesso em: 30 de maio 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>>. Acesso em: 30 de maio 2015.
- SHIMABUKURO, Paloma Helena Fernandes. Chave de Identificação Ilustrada dos Phlebotominae. Museu de Zoologia da Universidade de São Paulo. *Papéis Avulsos de Zoologia*, v. 51, n. 27, p. 399-441, 2011.
- SINZEMBERG, J.; GILBERT, M.; BALOGH, K.; WINT, W.. Ecological sources of zoonotic diseases. *Rev Sci Tech Off Int Epiz.* n. 23. p. 467-484.
- SIQUEIRA, João Bosco Junior; MARTELLI Celina Maria Turchi; COELHO, Giovanini Evelim; SIMPLÍCIO, Ana Cristina da Rocha; HATCH, D. L.. Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever, Brazil, 1981-2002. *Emerging Infectious Diseases*, v. 11, n. 1, p. 48-53, 2005. <http://dx.doi.org/10.3201%2F1101.031091>.
- TEIXEIRA, M.G. *et al.* Dynamics of dengue virus circulation: a silent epidemic in a complex urban area. *Trop Med Int Health*, v. 7, p. 757-62, 2002.
- TEIXEIRA, R. Experiências vividas com a leishmaniose visceral, 1954-1980: aspectos epidemiológicos, sorológicos e evolutivos. Salvador, 1980. Tese - Universidade Federal da Bahia. In MARZOCHI. Leishmaniose visceral na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v.1, n. 1, p. 5-17, 1985.
- TORRES *et al.* Modeling Dengue Vector Dynamics under Imperfect Detection: Three Years of Site-Occupancy by *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* in Urban Amazonia. *Journal Plos One*, v. 8, 2013. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0058420>.

## JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE DOURADOS: UM DESAFIO PARA O SUS

### JUDICIALIZATION OF HEALTH FOR NON-MUNICIPAL HOSPITAL INTERIOR OF GOLDEN: A CHALLENGE FOR THE SUS

Daiana Gauna Rodrigues<sup>1</sup>

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves<sup>2</sup>

1. Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados-MS, Brasil.  
daiana-enfermagem2009@hotmail.com

2. Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados-MS, Brasil.  
crhismay@gmail.com

Recebido: 14/07/2016

Aprovado: 24/10/2016

**RESUMO:** O direito constitucional à saúde preconizado pela Carta de 1988 não tem sido suficiente para garantir a efetividade e equidade aos usuários do sistema de saúde pública. Diante disso, o número de demandas judiciais na saúde aumentaram muito nos últimos anos, inclusive para internação hospitalar. **Objetivos:** Caracterizar o processo de judicialização na saúde, por meio da verificação dos casos de solicitação de internação hospitalar pelo SUS e do conhecimento do perfil dos pacientes que solicitaram judicialmente leitos de internação, no período de março a setembro de 2015 no município de Dourados. **Material e métodos:** Estudo exploratório descritivo através de uma análise documental de dispositivos jurídicos encaminhados à Procuradoria Municipal de Saúde e Central de Regulação de Leitos de Dourados. **Resultados:** Predominaram demandas para internações psiquiátricas e UTI-adulto. Os pacientes do sexo masculino apresentaram maior número de casos 28 (62,2%), feminino 17 (37,8%). Prevaleram a faixa etária de 60 a 79 anos. A microrregião de Dourados foi responsável pela maior parte das solicitações (55,5%). Em 36 (80%) casos, os pacientes encontravam-se hospitalizados no ato da judicialização. Observou-se, que os pacientes procuraram primeiramente as defensorias públicas, seguidos dos ministérios públicos para pleitear seus direitos. O judiciário manifestou-se principalmente em forma de liminar (73,3 %) e ofício (24,4%). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram as principais responsáveis pelas solicitações, entre elas, destacou-se os transtornos psiquiátricos e as doenças cardiovasculares. **Conclusão:** O estudo possibilitou conhecer os casos e caracterizar o processo de judicialização no município. Observou-se que Dourados não tem conseguido organizar suas ações de saúde entre oferta e demanda de serviços, sem que haja a intervenção do judiciário e o crescente número de judicialização para internação hospitalar, tem ocasionado grande impacto no orçamento público do município. No entanto, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos para aprofundar o tema.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde; Decisões Judiciais; Saúde.

**ABSTRACT:** The health constitutional law advocated by the Constitution of 1988 has not been sufficient to ensure the effectiveness and fairness to the users of the public health system. Thus, the number of lawsuits on health has increased in recent years, including hospitalization. **Objectives:** To characterize the legalization process in health, through the verification of cases of hospitalization request by SUS and the profile of the knowledge of the patients who requested court hospital beds in the period from March to September 2015 in the city of Dourados. **Methods:** A descriptive exploratory study through a documentary analysis of legal provisions referred to the Municipal Attorney of Health and Dourados beds of Regulation Center. **Results:** There was a predominance demands for psychiatric hospitalizations and ICU-adult. The males showed a higher number of cases 28 (62.2%), female 17 (37.8%). Prevailed the age group 60-79 years. The micro-region of Dourados was responsible for most of the requests (55.5%). In 36 (80%) cases, patients were hospitalized at the time of legalization. It was observed that patients first sought public defenders, followed by public prosecutors to plead their rights. The judiciary has manifested itself mainly in the form of an injunction (73.3%) and trade (24.4%). Chronic non-communicable diseases (NCDs) were the main responsible for requests, among them stood out psychiatric disorders and cardiovascular disease. **Conclusion:** The study made it possible to know the cases and characterize the legalization process in the municipality. It was noted that Golden has not been able to organize their health actions between supply and demand for services, without the intervention of the judiciary and the growing number of legalization for hospitalization has caused great impact on the public budget of the municipality. However, the development is necessary for further studies to examine the subject.

**Keywords:** Right to Health, Judgments, Health.

## INTRODUÇÃO

A constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, foi um marco para Saúde Pública, pois foi o primeiro documento oficial a citar a saúde como direito fundamental do homem, ampliando o conceito de saúde que passou a considerar os aspectos psicossociais do indivíduo e não meramente a ausência dos sintomas da doença (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011). No Brasil, a Constituição Federal Brasileira assegurou como direito fundamental, igualitário e universal do ser humano o acesso aos serviços de saúde somente na carta de 1988 (BRASIL, 2006). Assim, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) para organizar as ações e serviços de saúde, visando a garantia deste direito.

Infelizmente ainda nos dias atuais, existem desafios ao acesso dos usuários ao serviço. Entre os fatores estão os quadros de morbimortalidade que o país enfrenta, tais como as doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento da população (BRASIL, 2011). Como consequência, nota-se o aumento do número de filas para atendimento em prontos socorros e consultas ambulatoriais (ASSIS; JESUS, 2012).

No entanto, sabe-se que o SUS encontra-se ainda em processo de consolidação e estruturação, em um país extenso territorialmente e com grande diversidade socioeconômica, cultural e epidemiológica. Este cenário contribui para que as necessidades relacionadas as ações e serviços de saúde da população sejam limitadas e dificilmente atendidas em seu contexto e realidade social, de forma a atingir seus objetivos. Observa-se que alguns usuários do sistema buscam de forma individualizada alcançar as ações e serviços de saúde, por meio da Judicialização (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011). De acordo com o autor Asensi (2010, p. 50) este termo refere-se a “conflitos que são levados ao judiciário na forma de ação civil pública ou algum outro instrumento processual”.

Para Diniz *et al.* (2014), a questão que trata da Judicialização na Saúde é uma temática nova, definida como questão ampla que engloba diversos fatores e ações de saúde, sendo considerada incerta quanto a origem pela ausência de estudos sistemáticos e comparativos que abordam o assunto no país. Em relação à sua expansão, autores apontam que foi a partir da redemocratização do país, em virtude do crescimento do poder judiciário, no período de 1993 a 2009 com a criação dos Juizados Especiais e do Conselho Nacional de Justiça (SENHORAS; CRUZ, 2015).

Segundo Ventura *et al.* (2010), nos anos 1990, iniciaram-se as demandas judiciais na área da saúde contra os poderes públicos que não estavam

assegurando o cumprimento deste direito. As reivindicações fundamentaram-se no direito constitucional à saúde, sendo pleiteados principalmente pelas pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS que demandavam às esferas federal, estadual e municipal, por meio da justiça, a aquisição de medicamentos e procedimentos médicos para combater a doença.

Wang *et al.* (2014) destacam o aumento expressivo das demandas judiciais que são utilizadas para a garantia de acesso aos serviços de saúde, obrigando o poder público a fornecer desde medicamentos até procedimentos de alta complexidade. Para se ter a ideia da dimensão, Gomes *et al.* (2014) alertam que no ano de 2011 foram contabilizados 240.980 processos na área da saúde no Brasil.

As demandas normalmente ocorrem quando o município e/ou estado não possuem condições de prestar uma assistência adequada ao paciente com os recursos disponíveis na rede, muitas vezes devido ao número insuficiente de leitos. Diante disso, as famílias dos pacientes recorrem às defensorias, ministérios públicos ou até mesmo advogados particulares para que através do judiciário possam ter garantido o direito à saúde preconizado pela Constituição Brasileira de 1988 (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010).

Embasados na Constituição de 1988, tem-se a resposta do judiciário, em geral, favorável à grande parte dos pleitos individuais, que solicitam a concessão dos serviços de saúde e medicamentos pelo SUS. A postura do judiciário brasileiro permitiu e até incentivou o aumento relevante no número de ações pleiteando tratamentos médicos com base no direito constitucional a saúde, uma vez que para o judiciário o paciente pode pleitear bens e serviços de saúde judicialmente a qualquer ente da federação: Municípios, Estados, Distrito Federal ou União (WANG *et al.*, 2014).

Na tentativa de organização das ações e serviços de saúde, em 2008 instituiu-se a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde através da portaria GM/MS 1559 que busca efetivar o acesso aos serviços de saúde de forma integral e equânime utilizando-se de mecanismos de regulação entre a oferta e a demanda, em centrais especializadas (BRASIL, 2008).

A regulação de acesso busca a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população, garantindo um acesso de qualidade baseado nos princípios norteadores do SUS, e pode constituir-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão (estadual, municipal e federal) regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde (VILARINS; 2010, 2012).

“A regulação assistencial caracteriza-se pelo conjunto de ações, que envolvem saberes e desenvolvimento tecnológico, com o intuito de organizar o fluxo e garantir de maneira qualificada e ordenada a equidade do acesso aos serviços de saúde, priorizando às urgências” (BRASIL, 2007).

No contexto desta pesquisa está o município de Dourados, estado de Mato Grosso do Sul, que segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em março de 2015, inaugurou a Central de Regulação de Leitos de Dourados (CRLD) visando a organização, controle e avaliação dos fluxos de regulação, das grades de referências aos leitos hospitalares, inclusive os de Terapia Intensiva.

Diante do cenário faz-se necessário desenvolver estudos que possibilitem conhecer de forma singularizada a judicialização na saúde, para que os achados possam vir a subsidiar o gestor municipal ‘a implementar medidas, programas e políticas públicas no setor saúde e garantir acesso integral aos usuários SUS. Nesta perspectiva, os objetivos deste estudo foi o de caracterizar o processo de judicialização na saúde que ocorreu no município, por meio da verificação dos casos de solicitação de internação hospitalar pelo SUS no município de Dourados no período de março a setembro de 2015.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Caracterização Geográfica e da Região de Saúde

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) para o ano de 2015, a cidade possui uma população estimada em 212.870 mil habitantes, sendo considerada a segunda cidade mais populosa do estado. Devido ao crescimento agropecuário, comercial e de serviços, Dourados se consolidou como pólo regional para uma região com quase um milhão de habitantes (composta por 33 municípios) e também parte do Paraguai (DOURADOS, 2012).

De acordo com dados da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (2012), a macrorregião de Saúde do município de Dourados é composta por 33 municípios que são subdivididos em 4 microrregiões de Saúde, sendo elas: Dourados, (11 municípios e 313.902 habitantes) Nova Andradina, (07 municípios e 105.929 habitantes) Naviraí (07 municípios e 123.692 habitantes) e Ponta Porã (08 municípios e 180.767 habitantes).

Dourados é referência para macrorregião, com três hospitais vinculados exclusivamente ao SUS, sendo: 1. Hospital Universitário da Grande Dourados (HUGD) com 186 leitos, referência principalmente para

pacientes que necessitam de UTI adulto, UTI Pediátrica, Psiquiatria, Clínica Pediátrica, Hematologia, Infectologia, Ginecologia, Gestação de Alto Risco e UTI neonatal; 2. Hospital da Vida (HV) com 89 leitos, referência principalmente em Ortopedia, Traumatologia e Neurocirurgia; 3. Hospital da Missão Caiuá com 61 leitos, voltado principalmente para a saúde indígena da população, localizado próximo a aldeia Jaguapirú, referência em Clínica Geral, Obstetrícia Clínica de baixo risco, Clínica Pediátrica e Pneumologia (DOURADOS, 2012).

Além dos hospitais 100% SUS, a cidade conta também com o Hospital Evangélico (HE) que é um Hospital Geral de natureza filantrópica, conveniado ao SUS e outros convênios médicos. O HE é responsável principalmente em atender as especialidades de Oncologia, Nefrologia Dialítica, Cardiologia cirúrgica e UTI adulto. O hospital conta com 140 leitos, sendo 50 destes exclusivamente pertencentes ao SUS (BRASIL, 2015).

### Caracterização do Processo de Judicialização no município de Dourados

A CRLD, inaugurada em março de 2015, funciona todos os dias da semana, 24 horas por dia, em regime de plantão, composta por médico regulador e equipe técnica. O médico, entre outras, possui a atribuição de realizar a classificação de risco das solicitações de transferências que chegam a Central, para isso, utiliza-se das informações enviadas por cada uma das instituições de saúde pertencentes à rede SUS através dos Núcleos Internos de Regulação (NIRs), a saber: setor dentro de cada instituição de saúde vinculada ao SUS que possui entre outras, a finalidade de gerenciar leitos, promover o processo de interface com as Centrais Reguladoras e disponibilizar informações através do Censo Hospitalar diário ou também chamado “mapa de leitos” que contém dados sobre a disponibilidade, características e infraestrutura dos leitos disponíveis (DOURADOS, 2016).

Para solicitar uma vaga de internação hospitalar é necessário que a unidade solicitante, conveniada ao SUS ou não, envie para CRLD uma solicitação de transferência preenchida em formulário específico, pelo médico. Após receber esta solicitação por fax ou e-mail, a CRLD, através do processo de interface com os Núcleos Internos de Regulação (NIRs) procura em sua base de dados o leito disponível para o paciente, considerando a necessidade do doente e perfil do leito a ser ofertado na rede SUS. Dessa forma, para tomada de decisão, o médico regulador considera fatores como: distância da unidade solicitante (de acordo com as grades de referências pactuadas) e gravidade do caso para designar o paciente à unidade executora

mais adequada às suas necessidades (DOURADOS, 2016).

Em caso afirmativo, após anuência da unidade executora, a CRLD libera uma senha para transferência do paciente. Diante da falta de vagas, a CRLD decide sobre a necessidade da compra de leito em rede privada complementar, segundo critérios orçamentários e financeiros previamente previstos. Na impossibilidade da compra do leito, a CRLD envia a resposta para Unidade Solicitante informando sobre a falta da vaga. Vale frisar que dependendo da gravidade do doente, o mesmo pode ser transferido em “vaga zero” segundo a avaliação do médico assistente que realiza a solicitação de transferência e ratificação do médico regulador, considerando a normatização da Portaria nº 2048 de 2002, que a define a “vaga zero” como um recurso auxiliar, utilizado em casos excepcionais e de urgência e/ou emergência, caracterizado pela transferência do paciente para uma instituição de referência mesmo na indisponibilidade da vaga (BRASIL, 2002).

Após a resposta negativa pela CRLD, o médico assistente informa a família da impossibilidade de transferência por falta de leito disponível. Dessa forma, a família pode acionar o poder judiciário para conseguir o leito.

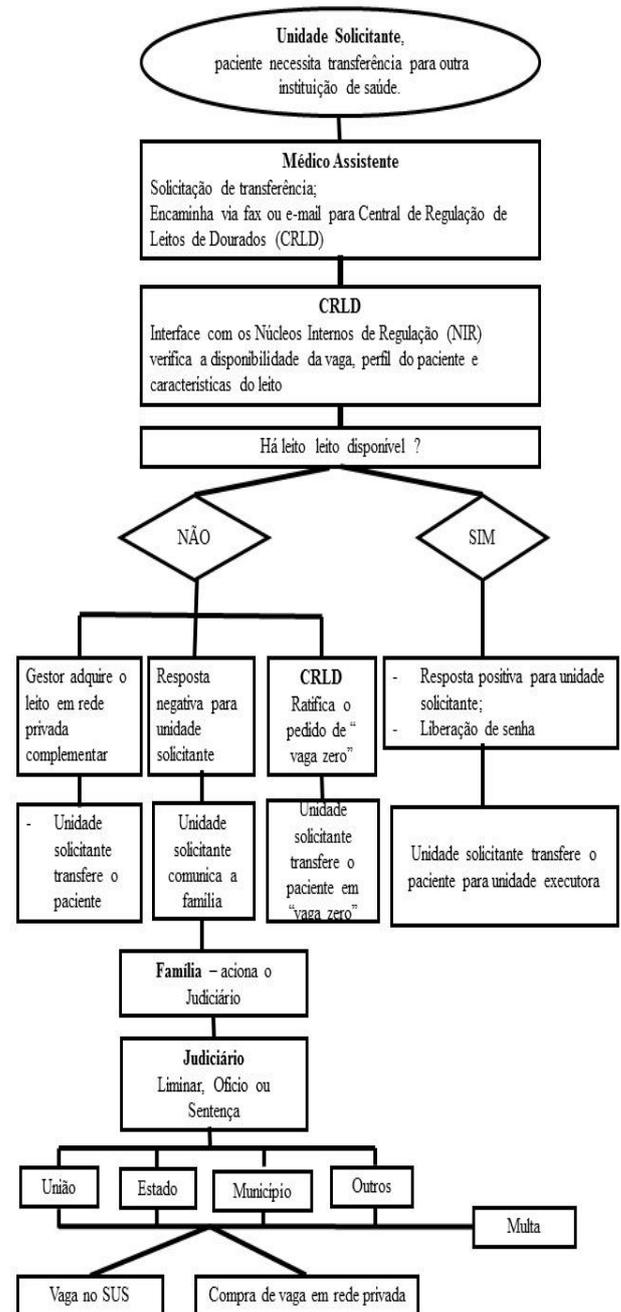
O poder judiciário aciona os entes da federação: Município, Estado, União e outros através dos seguintes dispositivos jurídicos: 1) Medida liminar – trata-se de uma decisão judicial concedida em caráter de urgência e provisório, antes do julgamento da ação, com intuito de garantir direitos, quando a demora da decisão pode causar prejuízos; 2) Ofício – caracterizado como uma correspondência formal e escrita, normalmente utilizada por órgãos públicos, ou inferiores para superiores hierárquicos com a finalidade de encaminhar documentos, solicitar informações ou requerer a tomada de providências e, 3) Sentença judicial – configura-se quando após a análise e julgamento dos autos processuais o juiz defere favorável a ação em favor do autor (BRASIL, 2015).

Através destes dispositivos jurídicos, o judiciário determina a transferência do paciente para o leito na rede SUS ou compra de vaga em rede privada complementar e em caso descumprimento de uma decisão judicial o réu da ação com a “obrigação de fazer” fica sujeito ao pagamento de multa. A figura 1 representa a caracterização do processo de judicialização no município de Dourados, processo representado no fluxograma da figura (1).

### Procedimentos de Pesquisa e Aspectos éticos

A realização da pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e

**Figura 1.** Fluxograma do processo de judicialização.



**Fonte:** Construção dos autores.

submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Grande Dourados.

Foi aprovada conforme o parecer número 1.434.931 CEP/UFGD. A coleta de dados foi realizada na documentação jurídica de solicitação de internação hospitalar, no período de março a setembro de 2015 no município de Dourados, contida nos arquivos da Procuradoria Municipal de Saúde e na CRLD. Em todas as etapas foram respeitados o sigilo e o anonimato dos pacientes

A Secretaria Municipal de Saúde de Dourados informou que, para o período da pesquisa, 26.290 solicitações tramitaram na CRLD e Procuradoria Municipal de Saúde de Dourados referentes à 9.903 pacientes diferentes (DOURADOS, 2015). Em relação a organização dos documentos para o preenchimento do instrumento de coleta dos dados, procedeu-se a separação dos documentos por categorias, dentre elas: 1) Medida liminar 2) Ofício e 3) Sentença judicial. Para cada documento foi aplicado um único instrumento com as seguintes variáveis: a) perfil do paciente: sexo, idade, raça/cor, estado civil e escolaridade; b) relacionadas a situação clínica do paciente: tipos de doenças, estar ou não hospitalizado; c) local de hospitalização no ato da solicitação judicial (por municípios e microrregiões) e pontos de atenção à saúde em que aguardavam a hospitalização; d) relacionados aos documentos judiciais: tipo de documento, data da solicitação, data do deferimento, data do atendimento da solicitação, locais que os demandantes procuraram para iniciar a solicitação judicial e réus da ação acionados e) aos tipos de leitos que os pacientes requisitaram perante a justiça: internação em enfermaria, internação em leito psiquiátrico, internação em UTI adulto, pediátrica e neonatal.

### Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas as demandas judiciais contra a União, Estado ou Municípios e outros, encaminhados à SMS e CRLD por meio de ações, ofícios ou liminares que solicitavam para pacientes de ambos os sexos e todas as faixas etárias leitos de internação hospitalar no município de Dourados no período de março a setembro de 2015. Foram excluídas as solicitações de medicamentos ou outros procedimentos médicos que não eram internação hospitalar ou que estavam fora do período do estudo.

### Análises dos Dados

Os dados extraídos dos instrumentos de coleta de dados foram organizados e tabulados manualmente, analisados segundo a frequência absoluta e relativa (porcentagem) e discutidos à luz dos referenciais teóricos.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 26.290 solicitações que tramitaram na Central de Regulação de Leitos e Procuradoria Municipal de Dourados para 9.903 pacientes diferentes. Durante o período do estudo, foram encontrados 45 documentos de usuários que demandavam perante a justiça uma vaga para internação hospitalar, obedecidos os critérios de inclusão.

#### Caracterização dos casos de solicitação de internação hospitalar no município de Dourados no período de março a setembro de 2015.

De acordo com o resultado da pesquisa, foram encontrados 45 documentos de pacientes em demanda judicial no período do estudo, a saber: 36 pacientes que encontravam-se hospitalizados (80%), 9 pacientes não estavam internados (20%).

Em relação as microrregiões saúde de origem dos pacientes, verificou-se: 25 de Dourados (55,5%), 9 da microrregião de Naviraí (20%), 8 da de Ponta Porã (17, 8%) e 3 da de Nova Andradina (6,7 %). As microrregiões com maior índice de judicialização foram respectivamente: Dourados (55,5%) e Naviraí (20%). Segue na tabela 1 a representação do local de hospitalização dos pacientes no ato da solicitação judicial.

**Tabela 1.** Local de hospitalização dos pacientes no ato da solicitação judicial. Dourados-MS, 2015.

MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	N	%
Dourados	Hospital da Vida	17	47,2
Dourados	Hospital Evangélico	03	8,3
Ponta Porã	Hospital Regional	03	8,3
Nova Andradina	Hospital Regional	02	5,5
Mundo Novo	Sociedade Beneficente Dr. Bezerra de Menezes	02	5,5
Caarapó	Hospital Beneficente São Mateus	02	5,5
Fátima do Sul	Hospital da Sociedade Integrada da Assistência Social	01	2,8
Novo Horizonte do Sul	Hospital e Maternidade de Novo Horizonte do Sul	01	2,8
Itaporã	Hospital Municipal	01	2,8
Coronel Sapucaia	Hospital Municipal	01	2,8
Rio Brillhante	Associação Beneficente de Rio Brillhante	01	2,8
Deodópolis	Hospital Municipal Cristo Rei	01	2,8
Aral Moreira	Hospital e Maternidade Santa Luzia	01	2,8
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>	<b>100</b>

Fonte: Construção do autores.

Entre os pacientes que não estavam hospitalizados, 9 aguardavam uma vaga para internação em pontos de atenção à saúde: (20%), 6 estavam na UPA de Dourados (67,1%), 1 na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Eldorado (11,1%), 1 no Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Iguatemi (11,1%) e 1 na UBS de Itaquiraí (11,1%). Considerando os locais que os demandantes procuraram para iniciar o processo de judicialização: 30 procuraram as Defensorias Públicas (67,2%), 15 os Ministérios Públicos (37,8%). Não houve na pesquisa, casos de pacientes que recorreram à advogados particulares.

Observou-se que a maioria dos pacientes acionaram as defensorias públicas (67,2%). Em relação ao tipo de documento jurídico utilizado pelo poder judiciário para tomada de providências, verificou-se que, 33 foram acionados através de liminar (73,3%), 11 foram notificados por ofício (24,4%) e apenas 1 por sentença judicial (2,2%). Os resultados da pesquisa vêm de encontro aos dados de Brasil (2015) demonstrando que a resposta do judiciário na grande maioria dos casos é manifestada por medida liminar que é concedida em caráter de urgência e provisório, antes mesmo do julgamento da ação, com a finalidade de garantir direitos constitucionais, quando a demora da decisão pode causar prejuízos. Entre os entes federativos que foram acionados pelo judiciário após a demanda judicial: 3 casos foram acionados o Município (6,7%), 1 o Estado (2,2%), e 1 a União (2,2%), 34 foram acionados mais de um ente da federação (75,6%), em 6 casos, foram acionados os entes da federação em conjunto com outras instituições (13,3%) como por exemplo: CRLD e HUGD.

### **Período de solicitação, atendimento e deferimento das demandas**

Foram analisados no estudo, as variáveis em relação ao período de solicitação, atendimento e deferimento das demandas do total das 45 solicitações encontradas. No entanto, apenas 15 do total de documentos analisados (33,3%), apresentaram informações completas acerca dessas variáveis. Entre os 16 documentos analisados para demandas de UTI, apenas 9 estavam completos (56,2%).

Dessa forma, identificou-se que, a média de dias entre a solicitação e o deferimento de pacientes que aguardavam vaga de UTI foi de 1 dia, entre o deferimento e atendimento foi de 2 dias e solicitação e atendimento foi de até 8 dias. Para os 12 pacientes que aguardavam vaga em enfermaria, em 6 solicitações (50%), os documentos não apresentaram informações completas. No entanto, entre os documentos completos, foi possível concluir que, a média de dias entre a solicitação a resposta do

judiciário em deferimento do pedido foi de 1 dia, entre o deferimento a atendimento foi de 4 dias e para a solicitação e atendimento, 5 dias.

Para os 17 pacientes que aguardavam um leito em clínica psiquiátrica, todos os documentos analisados estavam incompletos, no entanto em 6 casos (35,3%), foi possível identificar que média de dias entre solicitação e o deferimento do judiciário, foi de 20 dias. Esse período de tempo entre a solicitação e o deferimento do judiciário, pode ser explicado, pelo fato que a grande maioria dos pacientes que demandavam vaga em clínica psiquiátrica, tratava-se de internação compulsória solicitada pelos familiares em decorrência do uso de drogas ilícitas, no entanto, não houve informações suficientes para estabelecer a média de dias entre o deferimento e atendimento, e a solicitação e o atendimento.

### **Perfil dos Pacientes**

Conforme dados da pesquisa, 28 pacientes que solicitaram leitos de internação à justiça são do sexo masculino (62,2%) e 17 do sexo feminino (37,8%). O resultado condiz com as estatísticas do SIH/SUS para o ano de 2015, que demonstraram que no período do estudo houve maior índice de internação em pacientes do sexo masculino no município de Dourados totalizando 464 contra 331 no sexo feminino.

Em 16 casos encontrados (35,5%), prevaleceu a faixa etária de pacientes idosos (60 e 79 anos), o que pode ser explicado com o aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, a ocorrência dos problemas crônicos de saúde e a necessidade de utilização dos serviços de saúde (VERAS, 2011). Em segundo lugar, com 11 casos, a faixa etária de 20 a 39 anos (24,4%), seguido da faixa etária de 40 a 59 anos, com 9 casos (20%) e por último, em apenas 1 caso encontrado, com 80 anos ou mais (2,2%).

Em relação a cor da pele, 88,9% não continham essa informação, foram 3 que descreveram o paciente como branco (6,9%), 1 parda (2,2%) e 1 preta (2,2%). A análise do perfil do paciente, em relação a cor da pele ficou prejudicada, considerando que um percentual expressivo dos casos analisados (88,9%), não contemplavam esta informação. O perfil do usuário que demandou através do judiciário o leito de internação estão representados na Tabela 2.

Considerando a escolaridade, 40 dos documentos pesquisados (88,9%) não apresentavam esta variável, 3 usuários foram declarados analfabetos (6,7%), 1 como tendo cursado apenas o ensino fundamental (2,2%), e 1 o ensino médio (2,2%). Em relação a situação conjugal, a saber: 32 não informaram o estado civil (71,1%), 6 casados (13,3%), 4 solteiros (8,9%), 2 viúvos (4,4%) e 1 divorciado (2,2%).

**Tabela 2.** Perfil dos pacientes que demandaram judicialmente vaga para internação hospitalar. Dourados-MS, 2015.

PERFIL	A (n)	%	B (n)	%	A+B (n)	%
<b>Gênero</b>						
Masculino	19	55,9	9	81,8	28	62,2
Feminino	15	44,1	2	18,2	17	37,8
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
0 a 19	8	23,5	–	–	8	17,8
20 a 39	9	26,5	2	18,2	11	24,4
40 a 59	5	14,7	4	36,4	9	20
60 a 79	11	32,3	5	45,4	16	35,5
≥ 80	1	2,9	–	–	1	2,2
<b>Cor da Pele</b>						
Branca	–	–	3	27,3	3	6,7
Preta	–	–	1	9,1	1	2,2
Parda	–	–	1	9,1	1	2,2
Não Informada	34	100	6	54,5	40	88,9
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	1	2,9	2	18,2	3	6,7
Fundamental	–	–	1	9,1	1	2,2
Ensino Médio	–	–	1	9,1	1	2,2
Não Informada	33	97	7	63,3	40	88,9
<b>Estado Civil</b>						
Casado	2	5,9	4	36,4	6	13,3
Solteiro	1	2,9	3	27,3	4	8,9
Viúvo	1	2,9	1	9,1	2	4,4
Divorciado	–	–	1	9,1	1	2,2
Não Informado	30	88,3	2	18,1	32	71,1
<b>Nacionalidade</b>						
Brasileira	10	29,4	11	100	21	46,7
Paraguaia	1	2,9	–	–	1	2,2
Não informada	23	67,6	–	–	23	51,1
<b>Ocupação</b>						
Aposentado	3	8,8	4	36,4	7	15,6
Lavrador	1	2,9	–	–	1	2,2
Motorista	–	–	1	9,1	1	2,2
Serviços Gerais	–	–	1	9,1	1	2,2
Desempregado	–	–	1	9,1	1	2,2
Não informada	30	88,2	4	36,4	34	75,6

**Legenda:** A =Central de Regulação de Leitos de Dourados B=Procuradoria Municipal de Saúde

**Fonte:** Construção dos autores.

Em relação a nacionalidade: 23 não forneceram informações suficientes sobre o país de nascimento (51,1%), 21 informaram a nacionalidade brasileira (46,7%), 1 paraguaia (2,2%). Em referência a ocupação: 34 não informavam (75,6%), 7 eram aposentados (15,6%), 1 lavrador (2,2%), 1 motorista (2,2%), 1 serviços gerais (2,2%), e 1 desempregado (2,2%).

### Tipos de Leitos e Doenças

Em relação aos tipos de leitos que os pacientes requisitaram perante a justiça, em 17 casos, prevaleceram as internações em leitos de psiquiatria (38%). Conforme dados de Brasil (2011) as

internações de pacientes psiquiátricos aumentaram significativamente nos últimos anos.

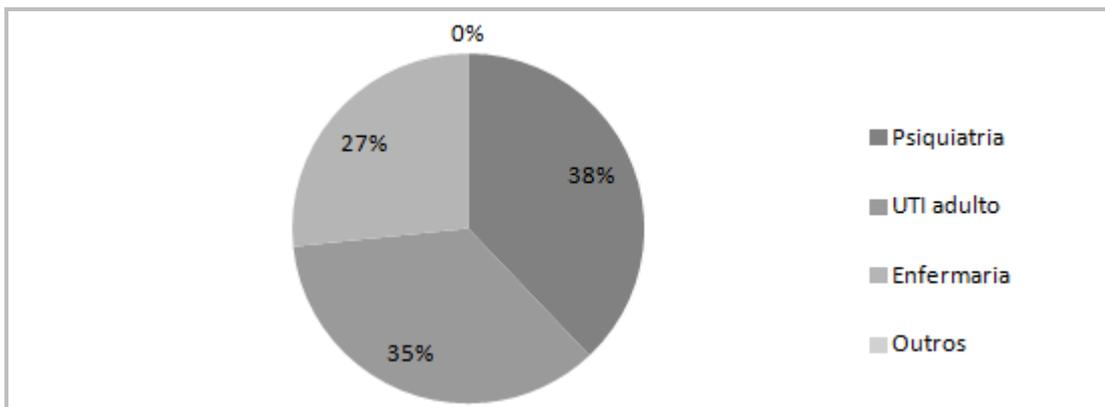
Considerando os gêneros, foram 14 pacientes do sexo masculino que pleitearam internações psiquiátricas (82,3%), contra 3 do sexo feminino (17,7%). Quanto a classificação; as principais doenças que levaram os usuários a necessitar de leitos de Psiquiatria foram: 12 casos de Transtornos mentais devido ao abuso de álcool e/ou outras drogas (27%), 5 eram de outros transtornos incluindo a esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e depressão (11%). Vale destacar que, entre os documentos analisados, os 12 casos de transtornos mentais que envolviam abuso de álcool e outras drogas (27%) eram relativos a pacientes do sexo masculino na faixa etária dos 10 aos

56 anos. Os dados da pesquisa corroboram com o estudo de Horta *et al.* (2011) ressaltando que uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública que afeta principalmente homens, jovens e de baixa renda e que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), não têm dado conta de atender toda demanda, ocasionando barreira de acesso aos usuários que necessitam de tratamento especializado. Dessa forma há sobrecarga e aumento do número de filas para atendimento nas unidades de internação, que são referência em clínica psiquiátrica.

Para os 12 usuários que solicitavam internação hospitalar em enfermaria, 4 eram da especialidade de cirurgia geral (33,3%), 4 ortopedia (33,3%), 3 clínica médica (25%) e 1 da pediatria (8,3%). Nestas, as doenças respiratórias (Pneumonia e Bronquiolite) destacaram-se em 4 (33,3%), 2 (16,7%) afecções do aparelho digestivo (Coledocolitíase e Colecistite aguda), enquanto que foram encontrados 5 casos de traumas e fraturas (41,7%), 1 (8,3%), outras doenças (Tumor renal).

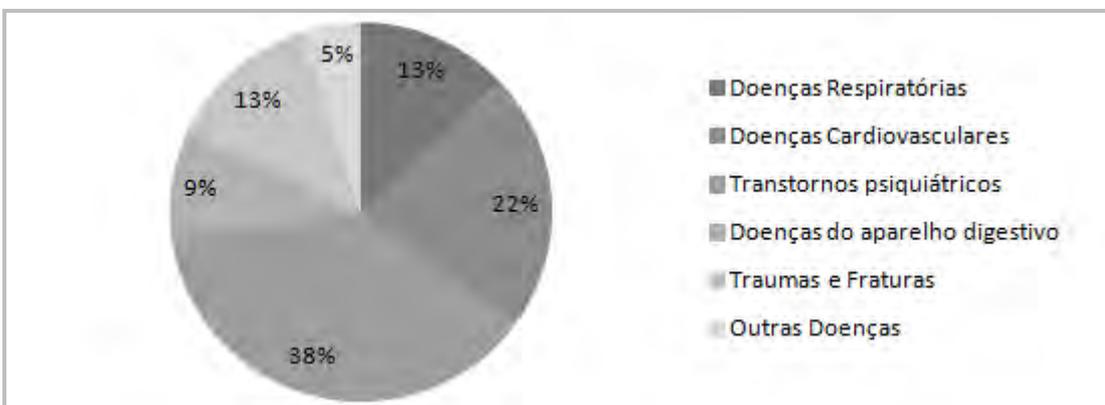
Entre as demandas judiciais para assegurar o direito à saúde, tem-se as internações em leito de UTI. O estudo apontou que, foram 16 casos de demandas para internação em UTI-Adulto (35%). Corroborando com Brasil (2011), nos últimos anos houve um aumento relevante nas internações hospitalares em UTI. Conforme dados da pesquisa, estas solicitações, em 10 casos (62,5%) foram principalmente decorrentes das doenças cardiovasculares, entre as doenças destacaram-se: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Aneurisma Cerebral, Insuficiência Cardíaca, Arritmias cardíaca, Miocardiopatia dilatada, Diabetes Mellitus descompensada e Embolia Pulmonar. As demais referiram-se a 1 (6,25%) traumas e fraturas, 1 (6,25%) outras doenças (Leucemia linfóide), 2 (12,5%) doenças respiratórias (Pneumonia) 2 (12,5%) afecções do aparelho digestivo. Não foi encontrado no estudo documentos jurídicos de pacientes que demandavam perante a justiça leito de UTI-Neonatal ou UTI-Pediátrica. Segue as representações gráficas dos tipos de leitos solicitados e principais doenças que pacientes apresentavam nas figuras 2 e 3.

**Figura 2.** Principais doenças encontradas entre os pacientes que demandavam na justiça um leito de internação hospitalar no período de março a setembro de 2015 no município de Dourados.



Fonte: Construção dos autores.

**Figura 3.** Representação gráfica dos tipos de leitos solicitados pelos pacientes que demandavam internação.



Fonte: Construção dos autores.

Estudos de Pereira *et al.* (2011) apontam que as doenças cardiovasculares são responsáveis por grande parte das internações hospitalares, sendo que no ano de 2007 no Brasil somaram 1.156.136 na rede SUS acometendo principalmente as pessoas idosas. Mansur e Favarato (2011) ressaltam que as doenças cardiovasculares, são as principais causas de morte no Brasil, não tem distinção entre os gêneros, atingindo tanto homens quanto mulheres principalmente na faixa etária acima dos 60 anos, e segundo os autores, a urbanização das famílias exerceu um grande impacto para o aumento das doenças cardiovasculares na população brasileira atingindo principalmente os indivíduos de baixa renda.

Para Schmidt *et al.* (2011), as DCNT são um grave problema de saúde pública, entre elas, destacam-se as neuropsiquiátricas e doenças cardiovasculares que apesar da redução, continuam sendo responsáveis por grande parte das mortes. Somente no ano de 2007, 27% das internações no país foram de pessoas acima de 60 anos e decorrentes das doenças cardiovasculares, acarretando maior custo entre as internações hospitalares.

De acordo com Mendes (2010), o Brasil enfrenta um acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica, em consequência, o envelhecimento da população, sendo que 75% das cargas de doenças na população brasileira são determinadas por condições crônicas e acometem principalmente as pessoas idosas. Segundo Santos *et al.* (2010), a demora em conseguir um leito para um paciente que encontra-se em uma lista de espera, é consequência de um sistema de saúde deficiente e quantitativo de leitos insuficientes para atender toda demanda, podendo levar o paciente a um agravamento ou até mesmo um estado irreversível de reestabelecimento da saúde, inclusive o óbito.

## CONCLUSÃO

A análise documental dos dispositivos jurídicos encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados nas unidades da Procuradoria Municipal e CRLD, possibilitaram o atendimento aos objetivos iniciais do estudo, assim, foi possível caracterizar o processo de judicialização no município através da verificação e conhecimento dos casos. Verificou-se que as DCNT foram as principais responsáveis pelos casos de judicialização no município, entre elas, destacou-se os transtornos psiquiátricos e as doenças cardiovasculares. Logo, as demandas foram principalmente para conseguir leitos em clínica psiquiátrica e UTI-adulto, os pacientes do sexo masculino, apresentaram um número maior de judicializações em relação ao sexo feminino.

Prevaleceram a faixa etária de 60 a 79 anos em 35,5% das solicitações, a microrregião de Dourados foi responsável pela maior parte das demandas judiciais e um percentual expressivo de pacientes encontravam-se hospitalizados (80%). Predominaram as judicializações de pacientes internados no Hospital da Vida, seguidas do Hospital Evangélico e Hospital Regional de Ponta Porã. Constatou-se que os pacientes que acionaram a justiça, procuraram em primeiro lugar as defensorias públicas, seguidos dos ministérios públicos, e que o judiciário respondeu respectivamente em forma de liminar e ofício, por último, em apenas 1 caso, foi deferida a sentença judicial de ações já tramitadas.

Durante a pesquisa, houveram dificuldades no levantamento das informações, pois os documentos analisados, não estavam disponíveis em bancos de dados, não eram padronizados e apresentavam-se incompletos quanto às variáveis levantadas no instrumento de pesquisa. Esses fatores, dificultaram o desenvolvimento da pesquisa, demonstrando a fragilidade na avaliação dos motivos que levaram aos processos e acompanhamento das demandas bem como ao levantamento do perfil do paciente solicitante.

Embora, a Constituição de 1988, garante o direito à saúde, observou-se que, devido ao crescimento das demandas judiciais pleiteando bens e serviços de saúde, o município Dourados não tem conseguido organizar suas ações entre oferta e demanda, sem que haja a intervenção do judiciário.

O resultado da pesquisa demonstrou que aumento do número de casos de judicialização para internação hospitalar, tem sido um enorme desafio para os gestores, ocasionado grande impacto no orçamento público do município, em decorrência do alto custo das mesmas, principalmente os leitos de Terapia, haja visto, a complexidade de suas ações.

Dessa forma, foi possível refletir sobre as consequências que o aumento expressivo nas demandas judiciais podem ocasionar ao orçamento público, e na necessidade da formulação de estratégias de gestão, logística, protocolos e fluxos operacionais de regulação que os gestores possam utilizar para gerir as demandas de internação hospitalar no município, de modo que o usuário possa ser beneficiado e ter suas necessidades de saúde atendidas sem precisar recorrer à justiça para ter seu direito constitucional garantido, em consequência que possam diminuir os índices de judicialização. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento e aprofundamento de novos estudos para melhor compreender e elucidar o tema, possibilitando propor novas metas de trabalho que possam contribuir para a saúde pública do município.

## REFERÊNCIAS

- ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde, abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2007.
- \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Promulgado em 5 de outubro de 1988. Senado Federal, subsecretaria de Edições Técnicas, Brasília. 2006.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Mato Grosso do Sul - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS*. Brasília: CONASS, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Procuradoria da República da Bahia. *Glossário de terminologias jurídicas*. Disponível em: <<http://www.prba.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/glossario>>. Acesso em: ago 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nims.def>>. Acesso em: maio 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria 2048 de 2002*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em: maio de 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro nacional de estabelecimento de saúde*. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp)> Acesso em: ago. de 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília-DF, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*.
- DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J.. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014.
- DOURADOS. Central de Regulação de Leitos. *Relatório consolidado de autorizações da Central de Regulação de Leitos de Dourados, março a setembro de 2015*. Dourados, 2015.
- DOURADOS. Prefeitura Municipal. *Perfil Socioeconômico de Dourados, 2012*. Dourados, 2015.
- DOURADOS. Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/murilo-melhora-regulacao-de-leitos-do-sus-com-nova-central-regional/>>. Acesso em: maio de 2016.
- GOMES *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014.
- HORTA, R. P.; HORTA, B. L.; ROSSET, A. P.; HORTA, C. L.; Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2015. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_2015\\_TCU\\_20160211.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160211.pdf)>. Acesso em: maio de 2016.
- MANSUR, A. P; FAVARATO, D.; *Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo*: Instituto do Coração (InCor) – HCFMUSP. São Paulo, 2011.
- MARQUES, O. R. A.; MELO, M. B.; SANTOS, A. L. 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. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, 2011.
- MENDES, E. V.; As redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010.
- PEREIRA, J. D. M. V; CAVALCANTI, A. C. D; SANTANA, R. F; CASSIANO, K. M; QUELUCI, G. D. C; GUIMARÃES, T. C. F; Diagnósticos de Enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery*, 2011.
- 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*, 2010.
- SCHMIDT *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Séries, Fascículos em Saúde no Brasil*, maio 2011. Disponível em: <[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>. Acesso em: maio de 2016.
- Secretaria de Estado de Saúde/SES/MS. *Plano Diretor de Regionalização. Resolução 059 de junho 2012*. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/4.%20d%20-%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20n%C2%BA%2059%20-%20SES-MS.pdf>>. Acesso em: maio de 2016.
- SENHORAS, E. M.; CRUZ, A. R. A. Judicialização das políticas públicas no Brasil. *Repertórios de jurisprudência*, 2015.
- VENTURA *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010.
- VERAS, P. R.. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. Bras. Geriatr. Geront.*, Rio de Janeiro, 2011.
- VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U.; A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2012.
- VILARINS, G. C. M.; Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. *Com. Ciências Saúde*, 2010.
- WANG *et al.* Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, 2014.

## OBJETIVO E POLÍTICA EDITORIAL

A Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS), é um periódico de conteúdo multidisciplinar com periodicidade semestral, publica manuscritos em diferentes formas de apresentação relacionados à saúde pública (artigos originais, artigos de revisão, relatos de casos ou de experiência, resumos de dissertação e tese em saúde pública). Editado e publicado pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, órgão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

São aceitas para publicação as contribuições inéditas escritas preferencialmente em português, seguindo as regras ortográficas vigentes, de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS), e obedecendo a ordem de aprovação pelo Comitê Editorial e avaliação pelo Conselho Editorial, composto por especialistas nas áreas relacionadas aos temas referidos.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RSPMS, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico, quer na íntegra ou parcial. Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em ceder os direitos de cópia para a Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS), incluindo o direito exclusivo de produção, reprodução e distribuição do artigo. Os autores são responsáveis exclusivos pelas informações e opiniões expressas nos trabalhos, bem como a procedência e a exatidão das citações.

Os manuscritos aceitos e aprovados poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem alteração do seu conteúdo técnico-científico e seguirão para publicação de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da RSPMS, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico. Os nomes e endereços informados na revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados pela publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da RSPMS e da decisão do seu Comitê e Conselho Editorial. O processo de avaliação inicia-se com o Comitê Editorial que avalia se o artigo recebido traz contribuições para a área, e se é de interesse para os leitores. Avalia se o original submetido está elaborado de acordo com as instruções recomendadas pela Revista. Os manuscritos considerados pertinentes, mas, em desacordo com essas instruções, serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

O manuscrito aceito é encaminhado para análise de dois pareceristas sendo que um poderá ser do membro do Conselho Editorial e um *Ad Hoc* ou de dois *Ad Hoc*, dependendo da área de concentração do manuscrito. Nesse processo, o sigilo e o anonimato serão adotados para autores e pareceristas.

A análise pelos avaliadores seguirá o fluxo, abaixo descrito:

1. Editores adjuntos analisam o manuscrito a partir do formulário 1 - Instrumento de avaliação de artigos, classificando-o em cada item como adequado ou inadequado;
2. O(A) Editor(a) adjunto(a) poderá realizar o primeiro parecer se for sua área de expertise e encaminhar a segunda avaliação para um parecerista *Ad Hoc*. Essa indicação deverá ser encaminhado ao Comitê Editorial para observar se há conflito de interesse, caso tenha será solicitado a substituição.
3. O(A) Editor(a) adjunto(a) deverá encaminhar aos pareceristas externos por meio da carta padrão de encaminhamento os seguintes documentos: artigo, formulário 2 - Instrumento de avaliação de conteúdo do artigo (Avaliador Externo), normas para publicação na revista;
4. O(A) Editor(a) adjunto(a) deverá monitorar o processo de análise observando o prazo de 15 dias, utilizando o controle interno de artigos para publicação (2 vias);
5. O(A) Editor(a) adjunto(a) deverá fazer a devolução do processo finalizado ao Comitê Editorial.

Após avaliação os manuscritos, poderão ser classificados em: manuscrito aprovado sem restrições, que será encaminhado ao editor de normalização/Produção editorial para revisão e posterior publicação; manuscrito aprovado com restrição, que será encaminhado ao autor responsável com as solicitações de ajuste por e-mail. O

manuscrito revisado deve ser reapresentado pelo autor responsável à RSPMS, por e-mail, acompanhado de carta informando as alterações realizadas ou, quando não realizadas, apresentando as devidas justificativas.

Não havendo retorno do trabalho em quinze (15) dias, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação; manuscrito não aprovado, nesse caso o autor receberá notificação de recusa por e-mail. O manuscrito aprovado será publicado de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da Revista.

## CATEGORIAS DOS MANUSCRITOS:

São considerados para publicação os seguintes tipos de manuscritos:

- 1) **Artigos originais:** pesquisas originais em saúde pública, que atingiram resultados relevantes e que possam servir de apoio para os serviços de saúde. Devem ser estruturados em: Resumo; Abstract; Introdução; Materiais e Métodos; Resultados; Discussão; Conclusão; Referências. Em caso de pesquisa qualitativa pode apresentar Resultados e Discussão juntos.
- 2) **Artigos de revisão:** trata-se de revisão sistematizada e atualizada da literatura na área de saúde pública. Não serão aceitas revisões narrativas, devendo ser classificadas em revisão integrativa, sistemática ou metanálise. Como estrutura deve apresentar: Resumo; Abstract; Introdução; Métodos; Resultados, Discussão, Conclusão; Referências.
- 3) **Relatos de caso ou de experiência profissional:** artigos que se refiram a relatos de casos raros ou experiências profissionais de interesse para a saúde pública. Devem ser estruturados em: Resumo; Abstract; Introdução; Apresentação do caso ou experiência profissional; Discussão; Considerações finais; Referências.
- 4) **Resumos de dissertação ou tese de doutorado:** é a informação sob a forma sucinta do trabalho realizado. Deve ser estruturado e destina-se à divulgação da pesquisa na área da saúde pública realizada no Estado de Mato Grosso do Sul.

## ORIENTAÇÕES AOS AUTORES:

### A) Preparo do manuscrito

O original deve ser digitado em editor de texto Microsoft Word 2007 ou superior, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margem de 3,0 (esquerda) e 2,0 cm (direita, superior e inferior), tamanho do papel A4, espaço de 1,5 entre linhas e páginas numeradas. Os artigos deverão ter variação de 10 a 15 laudas (excluindo resumo e referencias). Estudos de caso: de 8 a 10 laudas. Resumos de Dissertações e teses não devem ultrapassar duas laudas. Notas de rodapé não serão aceitas em nenhuma seção do artigo.

### B) Página de rosto

Deve conter as seguintes informações:

- O título do artigo, que deve ser conciso e informativo, preferencialmente sem uso de abreviaturas. Digitado em letras maiúsculas, negrito e alinhado à direita (em língua portuguesa e inglesa).
- Colocar em ordem de contribuição o nome completo do autor responsável, endereço eletrônico, vinculação institucional, além da cidade, estado e país.
- Colocar os demais autores: nome; e-mail; vínculo institucional; cidade; estado e país;
- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca das revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome do responsável, endereço eletrônico (e-mail) e telefone para contato.
- Indicar o “Tipo de Artigo” que está encaminhando, conforme descrito nestas normas.

### C) Resumo e Abstract

O Resumo deve ser do tipo **estruturado** em português, e inglês, contendo: Introdução; Objetivo; Materiais e Métodos; Resultados; Conclusão. Não pode ultrapassar o limite de 250 palavras (ABNT.NBR-2028, 2003, p.2). Deve apresentar ao final as palavras-chave (de três a cinco), as quais devem ser obtidas no *DeCS* (Descritores em Ciências da Saúde) disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>

No resumo não devem ser feitas citações, referências, nem inclusão de abreviaturas, figuras ou tabelas ou informação pessoal. O resumo em inglês (*Abstract*) deve seguir o mesmo padrão do Resumo em português com suas respectivas palavras-chave (*keywords*).

#### D) Material ilustrativo

O material ilustrativo compreende tabela e/ou figura (gráficos, mapas, fotos, etc.), sendo que o número total de material ilustrativo deve ser de no máximo cinco por artigo. As tabelas deverão ser confeccionadas no mesmo programa utilizado para a elaboração do artigo (editor de texto Microsoft Word) permitindo sua edição no processo gráfico e seguindo as normas da (ABNT.NBR-6022, 2003) e as normas de apresentação tabular do IBGE, recomendadas pela ABNT. Não enviar tabelas em formato de imagem.

Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente conforme aparece no texto, e com as respectivas legendas e fontes (quando cabível), e a cada um deve ser atribuído um breve título.

Ilustrações e tabelas reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição em seu rodapé. As ilustrações e figuras deverão ter resolução mínima de 300 dpi para fotografias comuns, 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legenda etc, e 1.200 dpi para desenhos e gráficos. A RSPMS é uma publicação em preto e branco e por isso as ilustrações serão reproduzidas em preto e branco.

#### E) Nomenclatura

Devem ser observadas rigorosamente as regras de nomenclatura, abreviatura e convenções adotadas em cada disciplinas especializadas. Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o novo Acordo Ortográfico vigente de 1º de janeiro de 2016.

#### F) Aspecto Ético

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Os autores devem obrigatoriamente anexar cópia digitalizada (escaneada) da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) ao qual a pesquisa foi submetida.

#### G) Referências e Citações

As referências devem ser ordenadas alfabeticamente em seção específica do artigo (ABNT.NBR-6023, 2002, p.20) e não podem ultrapassar o número de 25, salvo as revisões de literatura, nas quais serão aceitas até 35. Deve-se constar apenas as referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

As citações presentes no texto devem seguir o sistema “autor, data” (ABNT.NBR-10520, 2002, p.4), devendo haver correspondência absoluta entre o número de citações e de referências. A exatidão das referências e citações é de responsabilidade dos autores.

### PROCESSO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Os artigos serão recebidos exclusivamente via correio eletrônico, no endereço de e-mail: **revistasp@saude.ms.gov.br** com a indicação de Assunto: **Submissão de Trabalho**. Deverão ser encaminhados para o referido e-mail, na forma de anexos, os seguintes documentos:

- Artigo (em formato Word versões acima de 2007);
- Carta de Aprovação no CEP (digitalizada em pdf);
- Carta de Submissão, assinada por todos os autores com indicação do grau de participação (digitalizada em pdf).

#### Carta de Submissão

Os artigos submetidos à RSPMS devem ser acompanhados obrigatoriamente da **Carta de Submissão** digitalizada conforme modelo (anexo), indicando nome, assinatura e o grau de participação de cada autor.

**CARTA DE SUBMISSÃO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA  
DE MATO GROSSO DO SUL (RSPMS)**

Os autores do manuscrito intitulado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

encaminham para apreciação pela Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul - RSPMS ISSN nº 1981-9722, com a finalidade de publicação e declaram que:

“Participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo do texto conforme grau de participação (GP) indicada abaixo”.

“O manuscrito é um trabalho original e não foi publicado nem está sendo analisado para publicação em outra revista”.

“Não há qualquer tipo de conflito de interesse na elaboração deste manuscrito”.

“Concordam que os direitos sobre a publicação, passam a ser da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS)”.

Names dos autores, respectivas assinaturas e grau de participação:

<b>Autor:</b>	<b>Assinatura:</b>	<b>GP:*</b>
1. _____	_____	( )
2. _____	_____	( )
3. _____	_____	( )
4. _____	_____	( )
5. _____	_____	( )

\*Grau de participação (GP): (A) Na concepção e planejamento do projeto; (B) Na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados; (C) Na redação e revisão crítica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

*Impressão:  
Capa em papel couche liso 230 g/m<sup>2</sup>  
Miolo em papel couche liso 115 g/m<sup>2</sup>*

*Tiragem - 1.500 exemplares  
Distribuição - gratuita*

ISSN 1981972-2



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DR. JORGE DAVID NASSER

**SES**

Secretaria de Estado  
de Saúde



**GOVERNO  
DO ESTADO**  
Mato Grosso do Sul

MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

