

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Alessandra Montezano de Paula Carvalho

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PRINCÍPIO DA EQUIDADE NO CUIDADO EM
SAÚDE AOS PORTADORES DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Juiz de Fora

2016

Alessandra Montezano de Paula Carvalho

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PRINCÍPIO DA EQUIDADE NO CUIDADO EM
SAÚDE AOS PORTADORES DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Girlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2016

Carvalho, Alessandra Montezano de Paula.

Representações sociais de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis / Alessandra Montezano de Paula Carvalho. -- 2016.

141 p. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Equidade. 2. Equidade em saúde. 3. Doenças sexualmente transmissíveis. 4. Prática profissional. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Título.

ALESSANDRA MONTEZANO DE PAULA CARVALHO

“Representações Sociais de Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre o Princípio da Equidade no Cuidado em Saúde aos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis ”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 25/02/2016


Gírlene Alves da Silva – UFJF


Elaine Teixeira Rabello – UERJ



Geovana Brandão Santana Almeida – UFJF

*Dedico este estudo aos alicerces da minha vida, ao meu marido **Marcelo**, meu sempre companheiro e maior torcedor das minhas conquistas acadêmicas, desde minha vida de graduanda, e ao meu filho **Pedro**, minha razão de viver que, de forma única e amável, compreendeu a caminhada a que me propus trilhar. Vocês me permitiram realizar esse sonho. Esta conquista é nossa!*

E a todos os profissionais de saúde que, de alguma maneira, se incomodam e se movimentam em prol das diferenças e de um “fazer” diferente em saúde!

AGRADECIMENTOS

Ao final desta etapa, com muita satisfação e felicidade, venho oferecer meu sentimento de gratidão a todos aqueles que, da sua maneira, fizeram parte de toda minha caminhada até aqui.

Primeiro, agradeço a Deus, o meu criador que, com seu amor e misericórdia infinitos, sempre zelou por mim, ora à frente, ora ao meu lado, ora me carregando no colo, dando-me força, confiança, coragem, sabedoria, paciência e determinação para sempre seguir em frente na conquista de mais um sonho profissional.

Aos meus queridos e amados pais, Herivelto e Regina, por serem minha base, meu aconchego, por me ensinarem sempre, desde os meus primeiros passos de vida, a ser quem eu sou. Pelos seus gestos de apoio, carinho, amor e muita admiração em todos os momentos por mim vividos.

Às minhas irmãs, Marcela e Priscilla, pela força e torcida, pelo apoio nos momentos em que precisei e por sempre acreditarem em mim.

Ao meu marido, meu amor, meu companheiro, minha metade, por TUDO! Por seu apoio “incondicional”, por sua doação a nossa família em todos os momentos em que me ausentei (e não foram poucos!), pela sua compreensão, pelo seu carinho e amor, por sua motivação nos momentos em que achei que eu não iria conseguir, por seu olhar admirador a cada etapa concluída, enfim, por fazer parte integralmente da minha vida!

Ao meu filho, por me ensinar o dom de amar e de ser uma pessoa melhor a cada dia, por compreender minhas ausências e meu cansaço, por ser meu estímulo constante de felicidade plena.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva, por aceitar caminhar comigo durante estes dois anos, dedicando seu tempo e seu conhecimento ao meu crescimento e formação. Por seu olhar crítico, perspicaz, inteligente, problematizador e estimulador, tão necessários às nossas infinitas conversas de orientação. Pela amizade construída e por seus valores éticos e morais tão evidentes em suas atitudes e pensamentos, que me fizeram admirá-la como a pessoa humana que és e agradecê-la pelo privilégio de tê-la como parte fundamental na construção deste trabalho.

À minha querida amiga Érika Andrade e Silva, meu anjo revestido de gente, que me fez confiar que eu podia me aventurar neste sonho e dar o primeiro passo. Pelos conselhos, pelo apoio, pelas confidências, pelo carinho, enfim por sua amizade. Obrigada por existir em minha vida!

Às Prof^a. Dr^a. Elaine Teixeira Rabello e Prof^a. Dr^a. Geovana Brandão Santana Almeida, pelas pertinentes sugestões, comentários e orientações fornecidas no exame de qualificação e por terem aceitado, prontamente, compor a banca examinadora.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF que enriqueceram minha formação profissional e pessoal, despertando-me para a construção de um saber científico mais crítico e reflexivo, baseado no compromisso do exercício democrático e de defesa da cidadania.

À secretária do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF, Elisângela, por sua disposição em ajudar, sem medida, em todos os momentos necessários.

Aos colegas do mestrado, em especial, Daniela, Juliana, Mariana, Andréia e Quéren, pela amizade, pelo companheirismo, por compartilharmos conhecimentos, experiências, anseios e desafios juntas durante todo o mestrado.

À Cristiane, amiga que conquistei em Juiz de Fora, que me deu abrigo, amizade e apoio em todas as minhas necessidades longe de casa. Nossas conversas descontraídas e sua atenção foram muito importantes para eu suportar minhas infundáveis madrugadas de estudo.

Ao Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV, por ter me dado a oportunidade de dedicar-me quase que exclusivamente a este trabalho, o que me foi extremamente valioso.

Aos profissionais de saúde participantes deste estudo por me acolherem, gentilmente, em seus locais de trabalho e com os quais pude trocar conhecimentos e muito aprender em nossos momentos de encontro.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa por autorizarem a realização deste estudo e por fornecerem informações essenciais, que enriqueceram a compreensão de toda a rede de atenção em saúde do município.

Aos meus amigos pessoais, por compreenderem minhas ausências e por acreditarem no meu sonho e por estarem sempre na torcida por mim.

Enfim, a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram ao meu lado e que contribuíram para que esta conquista se tornasse real, o meu sincero MUITO OBRIGADA!

“Temos o direito a sermos iguais quando a diferença nos inferioriza. Temos o direito a sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza”.

(Boaventura de Sousa Santos)

RESUMO

Ao princípio da equidade são atribuídos diversos significados, que ancorados em diferentes valores éticos, podem influenciar o modo de se fazer a assistência em saúde. As doenças sexualmente transmissíveis (DST) têm-se apresentado como situações que culturalmente trazem estigma, preconceito e discriminação ao seu portador. Esse cenário constitui-se como campo fértil para que velhas e novas representações sejam elaboradas. Assim, visando contribuir para a problematização do discurso das estratégias dos profissionais para o cuidado em saúde ao portador de DST sob o prisma da equidade, este estudo teve como objetivos: analisar as representações sociais sobre o princípio da equidade para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no cuidado em saúde aos portadores de DST e discutir a relação existente entre as representações sociais desses trabalhadores sobre a equidade e o cuidado em saúde aos portadores de DST. De abordagem qualitativa, o trabalho teve como pressuposto teórico-filosófico a Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistados vinte profissionais de saúde de nível universitário dentre enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, que trabalham na rede de atenção básica em saúde de unidades com ESF do município de Viçosa – MG. Os discursos foram organizados por meio do software OpenLogos e analisados conforme a análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Da análise dos depoimentos emergiram quatro categorias: os princípios do SUS nas representações dos trabalhadores da ESF; representações sobre a equidade no SUS e no trabalho cotidiano em saúde; necessidades de saúde e a equidade no cuidado ao portador de DST; conexões e fluxos da rede de cuidado em saúde ao portador de DST. Os achados deste estudo demonstram que não existe um entendimento único para o princípio da equidade entre os profissionais entrevistados. No entanto, eles reconhecem que a equidade é fundamentada na defesa de uma situação de justiça a ser instaurada mediante as diferentes necessidades de saúde das pessoas. Nas “maneiras de se fazer” o princípio da equidade no cuidado ao portador de DST, identificou-se a desconstrução de uma visão curativista, biológica e fragmentada diante da valorização das tecnologias relacionais para uma atenção mais equânime e adequada. As representações também apontam os entraves existentes, do próprio sistema de saúde, para conformação estrutural e organizativa dos serviços de saúde nos moldes de um modelo assistencial usuário-centrado. Espera-se que os resultados deste estudo possibilitem uma contribuição para proferir reestruturações importantes no processo de trabalho dos profissionais da atenção primária e na organização da rede de serviços ao portador de DST, que remodele as práticas profissionais no sistema de saúde numa lógica inclusiva do conceito da diversidade.

Palavras-chave: Equidade. Equidade em Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Prática Profissional. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

To the principle of equity many meanings are attributed, which when anchored to different ethical values may influence the way to perform health assistance. Sexually Transmittable Diseases (STD) have been showed as situations that culturally bring stigma, prejudice and discrimination to their carrier. This scenario is a fertile ground for old and new representations to be elaborated. Thus, aiming to contribute to the problematisation of discourse of professionals' strategies to the Health Care of an STD carrier under the equity perspective, this study had as objectives: to analyse the social representations about the equity principle for the workers of Health Family Strategy (ESF) in the Health Care of STD carriers and to discuss the existent relationship between the social representations of these workers over the equity and the Health Care of STD carriers. The qualitative approach was based on the theoretical-philosophical Social Representation Theory. Twenty healthcare professionals of Bachelor level, among which nurses, medical doctors and dentists, who work in Primary Healthcare of ESF units of City of Viçosa – MG were interviewed. Discourses were organised with OpenLogos software and analysed according to the thematic content analysis proposed by Bardin. Four categories emerged from the interview analyses: SUS's principles in the representations of ESF workers; representations about the equity in SUS and in daily healthcare work; healthcare needs and the equity in Health Care of STD carriers; connections and flows in the Health Care network of STD carriers. The findings of this study show there is not a unified understanding of the principle of equity among the interviewed professionals. However, they recognize that equity is based on the defence of a justice situation to be established in view of people's different healthcare needs. In "ways to perform" the principle of equity in the Health Care of the STD carrier, it was identified the deconstruction of a curative, biological and fragmented view, given the valuing of relational technologies to a more equanimous and adequate care. The representations also point the existent barriers of the own healthcare system to a structural and organisational conformation of healthcare services in the form of a user-centred care model. It is expected that results from this study may allow a contribution to deliver important restructuring of the work process of primary healthcare professionals and in the organisation of the service network for STD carries that remodel professional practices in the healthcare system through an inclusive logic of the concept of diversity.

Key-words: Equity. Health Equity. Sexually Transmittable Diseases. Professional Practice. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização social e profissional dos participantes do estudo.....	66
Quadro 2 - Profissionais da Atenção Básica com ESF, Viçosa - MG, 2014	137
Mapa 1 - Unidades Básicas de Saúde com ESF, Viçosa – MG	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
a.C	Antes de Cristo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASB	Centro de Atenção à Saúde Bucal
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CVV	Centro Viva Vida
d.C.	Depois de Cristo
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Centro de Atenção Secundária em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HPV	Papiloma Vírus Humano (Human Papiloma Virus)
HSV	Vírus do Herpes Genital (Herpes Simplex Virus)
HV	Hepatites Virais
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

ISEqH	International Society for Equity in Health
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREV- SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SC	Saúde Coletiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
VHB	Vírus da Hepatite B
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DAS DST	21
2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O DESENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE..	41
2.4 ASPECTO CONCEITUAL DE EQUIDADE.....	45
2.4.1 Aproximando o conceito de equidade para a área da saúde	49
3 DESENHO TEÓRICO E CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO	54
3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO PARA INVESTIGAÇÃO.....	54
3.2 O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO	59
3.3 O CENÁRIO DA PESQUISA.....	59
3.4 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	61
3.5 APREENSÃO DAS INFORMAÇÕES	62
3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES.....	63
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	67
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	67
4.2 OS PRINCÍPIOS DO SUS NAS REPRESENTAÇÕES DOS TRABALHADORES DA ESF.....	69
4.3 REPRESENTAÇÕES SOBRE A EQUIDADE NO SUS E NO TRABALHO COTIDIANO EM SAÚDE.....	73
4.3.1 O olhar dos profissionais sobre a equidade.....	74
4.3.2 A equidade sob a perspectiva da prática profissional.....	79
4.4 NECESSIDADES DE SAÚDE E A EQUIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE AO PORTADOR DE DST	85
4.4.1 As necessidades de saúde dos portadores de DST na percepção dos profissionais	85
4.4.2 Representações sobre o cuidado em saúde ao portador de DST	88
4.4.3 Representações sobre a equidade no cuidado ao portador de DST	98

4.5 CONEXÕES E FLUXOS DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE AO PORTADOR DE DST	102
4.5.1 Tecendo representações sobre acesso	102
4.5.2 Organização e funcionamento da rede de atenção	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES	134
ANEXOS	139

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação centra-se na temática das representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis¹ (DST).

As DST são definidas como infecções transmitidas, principalmente, por contato sexual, com cerca de 30 tipos diferentes de bactérias, fungos, vírus e protozoários, sendo as mais comuns – gonorréia, clamídia, sífilis, tricomoníase, cancro mole, herpes genital, verrugas genitais, vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*), papiloma vírus humano (HPV, do inglês *Human Papiloma Virus*) e o vírus da hepatite B (VHB) (FAGUNDES et al., 2013).

O aumento da incidência das DST, e principalmente, a epidemia da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) tem exigido dos gestores (federais, estaduais e municipais) e dos profissionais de saúde um maior envolvimento no que tange ao enfrentamento desses agravos, uma vez que não se trata apenas de uma questão da área da saúde, mas também de uma questão social relevante (BRASIL, 1999). A Política Nacional de DST/AIDS, desde 1999, destaca como principais objetivos norteadores, dentre outros: ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade; e promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade (BRASIL, 1999).

No Brasil, as populações que têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de assistência, à informação e à educação são as mais suscetíveis às doenças infectocontagiosas, dentre elas as DST. São populações consideradas vulneráveis, que na maioria das vezes estão à margem das políticas públicas, o que dificulta as ações de promoção, prevenção, ao diagnóstico precoce ou mesmo à assistência (BRASIL, 1999). Além disso, ao longo da história milenar das DST, o

¹ A terminologia infecções sexualmente transmissíveis (IST) passou a ser adotada no ano de 2015, em substituição à expressão doenças sexualmente transmissível (DST), conforme a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2015). Porém, em função da aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética com o termo DST, este ainda será utilizado.

estigma e o preconceito sempre estiveram presentes, o que constitui uma interferência negativa nas questões do seu enfrentamento (REIS; GIR, 2002).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), em que pese às significativas conquistas, desde a sua implantação em 1988, não foi criado sob a lógica da exclusão, mas sim da garantia constitucional igualitária à vida e à saúde para todos os cidadãos. Contudo, esse sistema tem como um dos principais desafios a ser enfrentado a execução de seus princípios norteadores: universalidade no acesso, a integralidade na assistência e a equidade (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013). No caso da Constituição Brasileira, a equidade em saúde foi tomada como acesso aos serviços de saúde e o seu conceito não está definido claramente no arcabouço legal do SUS.

Tomando a equidade como foco principal do estudo, a literatura tem mostrado que o termo equidade é polissêmico e assume diversas interpretações. Essas interpretações têm sido fundadas no princípio da igualdade de oportunidades de acesso a serviços de saúde; de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular; de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável; ou atendimento desigual a pessoas desiguais; além de remeter à ideia de justiça distributiva, ou seja, da igualdade proporcional dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013).

Para a OMS, equidade em saúde implica idealmente o alcance do completo potencial de saúde de qualquer pessoa, em condições justas de oportunidades e, na prática, que se possam evitar desvantagens no alcance desse potencial (WHITEHEAD, 1991). Assim, entende-se que considerar a diferença como princípio orientador das políticas é entrar no terreno da diversidade, da pluralidade da condição humana, o que caracteriza uma proposta de focalização para o conceito de equidade junto às estratégias de universalização, entendendo que a universalidade no acesso aos serviços de saúde no país, garantida pela gratuidade, é condição fundamental para que a equidade se estabeleça (SISSON, 2007).

Essa igualdade no acesso e a pluralidade das necessidades de uma população pressupõem que, num sistema de saúde, o setor público tenha grande participação e que faça corresponder a distribuição dos serviços de saúde ao perfil de necessidades das populações. Com isso, na atenção básica, a ESF surge na tentativa de reorientação do modelo assistencial mais próximo da vida das pessoas e com alto grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2011a).

A atenção básica se configura no desenvolvimento de um conjunto de ações individuais e coletivas, que inclui a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde de uma população adscrita. As tecnologias de cuidados são as mais variadas e devem auxiliar no manejo das demandas em saúde² e das necessidades de saúde³ de maior frequência e relevância em sua área de abrangência. Considera que os critérios de risco, vulnerabilidade ou qualquer demanda devam ser acolhidos (BRASIL, 2012a). Para que a produção do direito à saúde se institua, uma relação dialógica deve ser estabelecida entre demandas e necessidades, cujas conexões resultem em práticas resolutivas e de qualidade no cuidado em saúde (PINHEIRO et al., 2005).

As atribuições da equipe que compõe a ESF no atendimento aos portadores de DST podem ser desenvolvidas de forma coletiva, individual no próprio serviço ou até na comunidade e se apoiam em diretrizes, dentre elas: 1) Contribuir para a superação do preconceito e discriminação que envolve as questões relacionadas, como por exemplo, à sexualidade e ao uso de drogas; 2) Aumentar a conscientização da população com relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos; 3) Garantir acesso e atendimento às populações mais vulneráveis para essas infecções; 4) Atuar de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados no tratamento de pessoas com esses agravos; 5) Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade (BRASIL, 2006a).

Segundo Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), a equidade em saúde tem sido estudada de forma quantitativa em sua maioria, e pouca atenção tem sido dada às questões conceituais. Esses autores afirmam que diferentes conceitos normativos de equidade podem resultar na construção de formas diversas de organização dos sistemas de saúde.

² As demandas em saúde podem ser definidas como aspirações sociais ou solicitações dirigidas aos serviços de saúde, inerentes ao processo de constituição do direito à saúde (PINHEIRO et al., 2005).

³ As necessidades de saúde são social e historicamente determinadas ou construídas, e apenas podem ser identificadas e trabalhadas em sua dimensão individual (STOTZ, 1991). Considerando a taxonomia de Cecílio (2001), temos que as necessidades de saúde podem ser organizadas em quatro grandes conjuntos: a) boas condições de vida do indivíduo, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; b) acesso garantido a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; c) a criação de vínculo (a) efetivo entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional; e d) necessidade de autonomia e de autocuidado no seu modo de viver a vida.

Para as DST, a revisão da literatura revela uma lacuna existente no que se refere à visão dos profissionais de saúde sobre o princípio da equidade, quanto ao seu conceito e sua operacionalização aos portadores de DST.

Existe uma diversidade de sentidos para equidade, ancorados em diferentes valores éticos que podem influenciar na percepção da definição da equidade, e consequentemente, em sua operacionalização. Por essa razão, ainda para Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p.223), tratar a equidade sob o aspecto teórico

Toma como imperativo examinar as práticas humanas, sua determinação e intencionalidade no que diz respeito, especificamente, a situações concretas de interação entre os sujeitos sociais.

Assim, no processo decisório da construção do meu objeto de pesquisa, a escolha da teoria das representações sociais foi hegemônica, pois responde à exigência de se transformar conceitualmente um fenômeno do universo consensual de pensamento em um problema do universo reificado. Dentro dessa concepção, a teoria das representações sociais não apenas simplifica os fenômenos aos quais se aplica, como também os organiza e os torna legíveis, uma vez que as representações são algo que emerge das práticas em vigor na sociedade e na cultura (SÁ, 1998).

A implantação da equidade é difícil e complexa, e envolve o comprometimento dos profissionais de saúde e das organizações sociais dentro do próprio SUS. Rodrigues et al. (2011) destacam que mesmo com o avanço da atenção básica nos últimos quinze anos, muitas equipes de ESF têm restrita capacidade resolutiva e o atendimento baseado na demanda organizada, destina pouco ou nenhum espaço para atender a demanda espontânea, o que restringe a acessibilidade, aos serviços, dos portadores de DST.

Nesse sentido, o objeto em questão se encontra implicado, de certa forma, nas práticas do grupo social selecionado neste estudo. Logo, a elaboração das representações, que partem da ligação do sujeito ao objeto da pesquisa, é resultada de “um saber efetivamente praticado, que não deve ser suposto, mas sim detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente” (SÁ, 1998, p. 50).

Em observações empíricas nas instituições públicas de saúde, durante minha atuação, junto aos alunos, como enfermeira do curso de Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem, na disciplina de Saúde da Mulher e no Estágio de Graduação da Universidade Federal de Viçosa (UFV), deparei-me com uma realidade não muito diferente da que os autores alertam sobre a incorporação do princípio da equidade na prática de cuidar das pessoas na ESF.

Minha aproximação com os profissionais de saúde nos serviços, nas discussões dos casos e no planejamento das ações específicas aos portadores de DST, bem como com os usuários (nos atendimentos) permitiu-me perceber que as necessidades de saúde dos suspeitos ou portadores de DST eram as mais variadas (conhecimentos, crenças, valores e comportamentos sobre esses agravos), e que indicavam tanto a carência de informação, como a de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento por parte dos profissionais.

Considerando a equidade como o princípio preponderante na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações, seria oportuno tomar como base os seguintes questionamentos: o que sabem os trabalhadores de saúde da ESF sobre o princípio da equidade em saúde? Como os trabalhadores praticam esses saberes no cuidado em saúde aos portadores de DST?

Assim o objeto de investigação deste estudo são as representações sociais dos trabalhadores da ESF sobre o princípio da equidade no cuidado aos portadores de DST.

Para responder à problemática proposta, este estudo tem os seguintes objetivos:

- Analisar as representações sociais sobre o princípio da equidade para os trabalhadores da ESF no cuidado em saúde aos portadores de DST;
- Discutir a relação existente entre as representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre o princípio da equidade e o cuidado em saúde aos portadores de DST.

Os pressupostos da teoria das representações sociais identificam-se como alicerce para fundamentar o alcance dos objetivos propostos por esse estudo, no que tange à compreensão do aspecto simbólico do princípio da equidade para os participantes, em seus relacionamentos e universos consensuais, descobrindo o que este princípio exatamente representa em suas realidades cotidianas no cuidado ao

portador de DST. Ademais, como Cecílio (2001, p.123) mesmo defende, o princípio da equidade só pode ser escutado ou mesmo apreendido se

Conseguirmos captá-lo na sua dimensão individual, subjetiva e singular, ali no espaço de cada serviço, no encontro de cada usuário com suas necessidades de saúde únicas e os profissionais e/ou a equipe de saúde.

Portanto, o alcance desses objetivos poderá contribuir, sob o aspecto metodológico, para intervenções ativas de atores e instâncias do sistema de saúde, uma vez que as representações sociais, de certa forma, retratam a realidade comum cotidiana. Nesse sentido, o acesso à forma como os profissionais entrevistados pensam, interpretam e se posicionam frente ao objeto em estudo poderá subsidiar a elaboração de diretrizes das políticas públicas que operacionalizem a equidade no cotidiano dos portadores de DST.

Além disso, será capaz de auxiliar os profissionais da área de ensino da saúde a se transformarem no sentido de orientar o processo de formação às necessidades do sistema de saúde e de um modelo de atenção sob o prisma da equidade; bem como investir em educação permanente para os trabalhadores da saúde, preenchendo as lacunas de conhecimento e (re)significando suas práticas em cuidar em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DAS DST

O surgimento das DST data desde a antiguidade, concomitante à história da humanidade. Os inúmeros micro-organismos emersos das águas, solo, plantas e animais, com o passar dos anos, encontraram no homem condições mais acolhedoras, ora de modo cooperador, ora com indiferença e também em parasitismo (BELDA JÚNIOR, 2000). Para tanto, é necessário discorrer sobre os aspectos históricos que estão envolvidos na adaptação e resistência da microbiota das DST para a compreensão da dificuldade do controle, nos dias atuais, desse problema tão antigo.

Em relação à microbiota, conforme a menor ou a maior adaptabilidade, os micro-organismos que tiveram suas preferências para as estruturas genitourinárias, o fizeram tão intimamente que passaram a exigir um contato direto, íntimo, representado fundamentalmente pelo coito. Com isso, há muito tempo, as DST foram relacionadas ao ato sexual, principalmente na promiscuidade de determinados ambientes, conhecidos como “templos de Vênus” ou “prostíbulos ou lupanares”, sendo de predominância maior entre os homens de 20-30 anos de idade (BELDA JÚNIOR, 2000).

Até o século XVI, as DST eram denominadas “doenças venéreas” em homenagem a Vênus, deusa do templo do amor, uma vez que a transmissão poderia ser durante a atividade sexual, mesmo desconhecendo os agentes, ou também “doença dos indecentes” retratando uma visão estigmatizante e excludente (NADAL; MANZIONE, 2003).

Com o progresso, principalmente no pós-guerra, houve uma mudança nas características epidêmicas dessas doenças. Em meados dos anos 50 e 60, inúmeros fatores contribuíram para uma revolução sexual envolvendo libertação pessoal, contestação política, modismo e consumismo. O comportamento homossexual emerge; o tabu da virgindade passa a ser substituído pelo tabu da não virgindade; e o sexo entra profundamente no mercado de consumo. Dessa forma, a multiplicidade de combinações e práticas sexuais entre hetero ou homossexuais

propiciou, em curto prazo, a adaptação de micro-organismos a ecossistemas diferentes da colonização inicial, bem como um novo mecanismo e possibilidades de transmissão das DST. O problema torna-se não mais exclusivo do sexo masculino, ampliando-se para a esfera do mundo feminino (BELDA JÚNIOR, 2000).

Por outro lado, nesta mesma época, obteve-se relativo êxito no combate às DST com o uso de antibióticos (em especial a penicilina) e quimioterápicos, porém o uso indiscriminado destes atribuíram, a elas, taxas alarmantes (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

Somente em 1983, as doenças venéreas são entendidas como “doenças de transmissão sexual”, pela Oficina Sanitária Pan-Americana, incluindo doenças venéreas consideradas clássicas (sífilis, gonorréia, linfogranuloma venéreo, cancro mole e donovanose) e um número crescente de síndromes e entidades clínicas, tais como, uretrites não gonocócicas, herpes genital, vaginite, entre outras. A transmissão durante a atividade sexual torna-se o importante traço epidemiológico comum dessas doenças (BELDA JÚNIOR, 2000).

As DST sempre tiveram significado importante para a saúde pública, mas as autoridades as consideravam de maneira tímida e até subestimada. Porém, com o surgimento da AIDS, na década de 80, elas voltaram a adquirir importância como problema de saúde pública, passando a serem reconhecidas e valorizadas pelas autoridades de saúde, comunidade científica e população em geral.

A repercussão das DST não tratadas tem um profundo impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva, em ambos os sexos, incluindo mortes fetais e neonatais; câncer cervical; infertilidade (na África Subsaariana, a infecção genital não tratada pode ser a causa de até 85% de infertilidade entre as mulheres que procuram tratamento para infertilidade); risco para a transmissão do HIV, além das consequências físicas, psicológicas e sociais (WHO, 2013b).

A presença de uma DST pode facilitar a aquisição e a transmissão da infecção pelo HIV, aumentando em dez vezes a chance de contaminação (WHO, 2001). Se considerarmos que 85% das mulheres infectadas pelo HIV estão em idade fértil, tem-se o problema adicional da transmissão vertical do HIV também denominada materno-infantil, que representa a principal forma de disseminação desse vírus na população infantil (NEVES, 2005).

Em 1990, a OMS publicou a primeira estimativa da incidência global de quatro DST curáveis (sífilis - 12 milhões, clamídia – 92 milhões, gonorréia – 62 milhões e

tricomoniase – 174 milhões), permitindo concluir que, a cada ano, ocorriam cerca de 340 milhões de casos novos, entre indivíduos com idade de 15 e 49 anos. A maior proporção foi observada na Ásia Meridional e Sudoriental, seguida pela África Subsaariana e América Latina e Caribe. Ao Brasil, correspondiam 12 milhões de casos nessa estimativa (WHO, 2001).

Anualmente, também são incidentes outros tantos milhões de casos das DST de etiologia viral, como herpes genital (HSV-2, do inglês *Herpes Simplex Virus* tipo 2), HPV, VHB e HIV (OMS, 2005; WHO, 2013b).

A mesma estimativa global e regional foi realizada nos anos de 2005 e 2008. A estimativa do número de casos novos de 2008 para as quatro infecções foi de 11% maior do que a estimativa para 2005 (498,9 milhões contra 448,3 milhões). O número de adultos de 15-49 anos aumentou em 4,1%. Neste contexto, observa-se que apesar da disponibilidade de várias intervenções simples e de baixo custo para combater as DST, pouco progresso tem sido feito, notadamente em países de renda baixa e média (WHO, 2013a).

No Brasil, as DST de notificação compulsória compreendiam os casos de AIDS, de gestantes HIV positivas, de crianças expostas ao HIV, de gestantes com sífilis e de crianças com sífilis congênita: praticamente inexitem dados de incidência do restante das DST em nível nacional (BRASIL, 2008b). Contudo, a inclusão recente da sífilis e da síndrome do corrimento uretral masculino no elenco das DST de notificação compulsória no Brasil, são exemplos de que esforços têm sido envidados para ampliar essas informações (BRASIL, 2010).

No país, as estimativas da OMS demonstram, a cada ano, 937 mil casos de sífilis, 1.541.800 de gonorréia, 1.937.200 de clamídia, 640.900 de herpes genital e 685.400 de HPV (BRASIL, 2014). A infecção pelo HPV causa 530 mil casos de câncer do colo uterino e 275 mil mortes por essa doença/ano (BRASIL, 2015). Entretanto, há pouco conhecimento sobre o perfil epidemiológico das DST, devido à inexistência de um banco de dados adequado e fidedigno sobre a real prevalência dessas doenças em nosso meio (BRASIL, 2008b).

Os primeiros casos notificados de AIDS no Brasil surgiram em São Paulo, em 1982, vindo a seguir, no mesmo ano, as notificações registradas no Estado do Rio de Janeiro. A criação do primeiro programa governamental de AIDS aconteceu também em São Paulo, em 1983, anterior ao próprio surgimento do Programa no

nível federal. Nesse Estado foi formada, ainda, em 1985, a primeira ONG brasileira de AIDS, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (SOUZA et al., 2010).

A essa época, determinados segmentos da sociedade demandavam diretrizes e ações formalizadas e estruturadas no âmbito do Ministério da Saúde (MS), como resposta à crescente mobilização em torno do tema da AIDS no país. Assim, já com programas organizados em alguns estados brasileiros, o MS assume a organização institucional das atividades de controle e prevenção da AIDS e, em 1988, cria oficialmente o Programa Nacional de DST/AIDS, sob Coordenação do atual Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (HV), que preconiza uma rede de serviços, dentre eles os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Serviços de Assistência Especializada (SAE-DST/AIDS) (DEPARTAMENTO..., 2014; MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Com o intuito de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS, em 1999, no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, foi instituída a Política Nacional de DST/AIDS. Suas ações têm como base os fundamentos do SUS e como desafios – a redução da incidência da AIDS, nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos da cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS; e a priorização das ações voltadas para as DST no país (SOUZA et al., 2010).

Para isso o Programa definiu diretrizes como o fortalecimento, a implementação e a ampliação de institucionalização das ações de prevenção, promoção e assistência às DST, HIV e AIDS na rede do SUS, de forma integral e equânime, conforme os princípios do SUS; a promoção da defesa dos direitos humanos; a redução do estigma e da discriminação; e a melhoria da gestão e manutenção dos programas (VAL, 2012).

Estudos envolvendo populações selecionadas em seis capitais, nas cinco macrorregiões do Brasil, publicada pelo Programa Nacional de DST/AIDS, em 2005 revelaram que entre as gestantes estudadas, as prevalências das DST bacterianas foram 9,4% para infecção por clamídia, 2,6% para sífilis, 1,5% para infecção gonocócica (BRASIL, 2008b).

As prevalências globais encontradas nesse estudo entre as pessoas atendidas em clínicas de DST foram: 9,0% para clamídia, 7,4% para gonorréia e 3,4% para o diagnóstico laboratorial de sífilis. Entre as virais, a prevalência global de

41,2% para infecção pelo HPV, 0,9% para o HIV e 0,9% para o VHB. Os homens, em geral, apresentaram as prevalências maiores do que as mulheres, com exceção para o HPV e sífilis. Esta elevada prevalência da infecção pelo HPV, nos resultados, ocorreu fundamentalmente em adolescentes e jovens, sugerindo o acometimento do HPV em geral em idade mais precoce, no início das relações sexuais (BRASIL, 2008b).

As síndromes genitais nas mulheres encontradas nesse estudo foram: 40,2% por corrimento vaginal, 21,5% por verrugas, 8,6% por úlceras e 5,2% por vesículas e 4,2% pelo corrimento cervical. Os achados nos homens foram 43,3% por corrimento uretral, 36,8% por verrugas, 16,6% por úlceras e 6,2% por vesículas. Entre os casos de úlceras, a sorologia foi positiva para sífilis em 9,2% dos homens e 5,6% das mulheres. Dos 29 casos de sífilis em homens, 41,3% tinham úlceras e 58,6% eram latentes, enquanto nas 70 mulheres com diagnóstico laboratorial de sífilis, somente 5,6% apresentaram úlcera genital (BRASIL, 2008b).

Dentre os principais resultados monitorados pelo Departamento de DST/AIDS/HV, encontram-se os indicadores de conhecimentos, atitudes e práticas relacionados à infecção pelo HIV na população geral brasileira. A principal fonte desses indicadores é o inquérito domiciliar realizado com a população brasileira maior de 15 anos, de periodicidade trienal, denominado Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) (BRASIL, 2011d).

Dados estatísticos do PCAP, em 2008, em relação ao conhecimento sobre a transmissão, prevenção e controle de HIV e de outras DST em uma amostra de 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos de idade, demonstram que: o uso de preservativos nas relações casuais é mais frequente entre a faixa etária mais jovem e menos comum em relações estáveis; a maioria dos entrevistados que foram acometidos por uma DST não receberam orientações sobre a importância do diagnóstico precoce de HIV e da sífilis; quase um terço das mulheres de 50 a 64 anos nunca fez um exame ginecológico ou o fizeram há mais de três anos; uma proporção razoável de homens procurou o farmacêutico quando tiveram algum sinal relacionado à DST; indicadores sobre o conhecimento correto da transmissão do HIV/DST apresentaram um declínio de 10% do período anterior analisado, principalmente entre as classes econômicas desfavorecidas; e quanto à estimativa dos principais grupos vulneráveis às

DST/AIDS pode-se destacar os homossexuais, os usuários de drogas injetáveis e homens e mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2011d).

Fagundes et al. (2013) defendem que o fornecimento de dados epidemiológicos podem contribuir para o desenvolvimento de programas de vigilância em saúde e encorajar o prosseguimento da execução dos programas de conscientização de DST. Além disso, podem ajudar no estabelecimento de indicadores para a prevenção, controle e tratamento.

Como preocupação internacional, o controle das DST é um componente crítico de estratégias globais para alcançar os Objetivos do Milênio nas áreas de saúde materna e infantil e no combate ao HIV. Segundo a OMS, as intervenções na prevenção e controle das DST (2006-2015) buscam quatro objetivos principais: reduzir morbidade e mortalidade; prevenir complicações graves nas mulheres; prevenir adversidades para a gravidez e o parto; e prevenir infecção pelo HIV (WHO, 2007).

Neste contexto, a OMS reafirma que a maioria das ferramentas de prevenção e intervenções de DST já está disponível há anos, mas a extensão de seu uso em contextos de recursos limitados, como em países em desenvolvimento, varia e depende de um número de intermediários e barreiras referentes ao gerenciamento de casos; ao aconselhamento e intervenções comportamentais; aos testes de diagnóstico; ao tratamento antimicrobiano; além de vacinas e outras intervenções médicas (WHO, 2013b).

O MS recomenda que as DST sejam priorizadas como agravo em saúde pública tanto pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle. Destaca que, além das intervenções e procedimentos necessários para tratamento de suas complicações, essas doenças causam também impacto social importante que se traduz em custos indiretos para a economia do país (BRASIL, 2006a).

2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O DESENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O processo de formulação e implementação das políticas de saúde envolvem duas dimensões fundamentais:

A dimensão do exercício do poder, e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades, ao se eleger uma dentre várias possibilidades para a área da saúde fazer frente às necessidades de saúde da população de cidadãos que está sob a autoridade e a responsabilidade do Estado (COHN, 2009, p.221).

Assim, entende-se que as políticas de saúde abrangem um círculo de relações de poder entre diversos atores sociais, que culmina em uma resposta social do Estado diante das condições de saúde de uma sociedade e seus determinantes, que ocorrem em ambientes institucionais e organizacionais com definição de prioridades e de estratégias (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

Para compreender essas relações expressas nas arenas políticas e instâncias de pactuação na conformação do sistema de saúde brasileiro, faz-se mister revisitar o desenvolvimento histórico de construção da política de saúde no país e sua organização, uma vez que as principais características desse sistema atualmente, têm raízes ainda no início do século passado, e são resultado de influências de todo um contexto político, social e econômico pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Durante os primórdios do período colonial, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde para sua população. A prática médica era exercida de maneira desigual entre as classes. Os imigrantes europeus eram detentores de cultura, costumes, tradições, e também de um conhecimento específico acerca das doenças e das formas de tratamento. Desse modo, um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia, exerciam a medicina erudita, destinada ao atendimento das camadas mais altas da população. Já as classes de escravos e de índios, consideradas as mais pobres, se utilizavam de curandeiros diversos ou pajés, com seu conhecimento empírico e o uso dos próprios recursos da

terra (plantas, ervas), para tentar resolver seus problemas de saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Com a transferência da família real ao Rio de Janeiro, em 1808, aumenta-se a preocupação com a organização de uma estrutura sanitária mínima nas cidades, que conseqüentemente, garantiria a integridade da saúde da realeza. Logo, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras: a Fisicatura-mor, com caráter fiscalizador do exercício da medicina, e a Provedoria-mor que impunha normas sanitárias aos portos para impedir a entrada de doenças contagiosas em nossas cidades costeiras. No mesmo ano, foram criadas as duas primeiras escolas médicas do Brasil (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Contudo, essa tentativa de regulamentação da prática profissional e o interesse pela saúde estiveram inteiramente relacionados aos propósitos políticos e econômicos do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, com o objetivo apenas de combater as causas das doenças, sem nenhuma pretensão em organizar o espaço social (COTTA et al., 2013a).

Em meados do século XIX, as epidemias de febre amarela e varíola assolavam o país e uma grave crise sanitária se estabelecia, trazendo sérios prejuízos à saúde da população e ao comércio exterior. No entanto, a organização sanitária brasileira era rudimentar e centralizada, incapaz de responder efetivamente a essas epidemias e de assegurar a assistência aos doentes sem discriminação. A população com maior poder aquisitivo era cuidada por médicos particulares, enquanto os menos favorecidos eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia (PAIM, 2009).

Foi com a Proclamação da República, em 1889, que se iniciaram as práticas, propriamente ditas, de políticas públicas voltadas para a saúde. Nesse período, a economia brasileira era fortemente consolidada na monocultura do café. Toda base para produção e exportação desse produto era dependente do trabalho assalariado, e as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores, por causa das péssimas condições de saneamento, prejudicavam o crescimento da economia (COTTA et al., 2013a).

Por conseguinte, na organização federativa republicana, a responsabilidade pelos cuidados com a saúde da população passou a ser atribuída aos governos estaduais e municipais. No âmbito federal, foram reunidos os serviços de saúde

terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1897, em que a atuação se restringia à vigilância sanitária dos portos e aos serviços de saúde do Distrito Federal. Ademais, outras ações demonstram o início da busca por conhecimentos e ações na área da saúde pública tais como a criação do Instituto Soroterápico Federal, em 1900, posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz, em 1901, com a função de pesquisa e produção de vacinas e soros contra doenças epidêmicas; além do incentivo a pesquisas nas faculdades brasileiras de medicina e no exterior (no Instituto Pasteur) (COTTA et al., 2013a; PAIM, 2009).

Em 1902, o ciclo de epidemias que surgiam, anualmente, teve um fim mediante a implantação de um conjunto de reformas urbanas e sanitárias, que caracterizavam uma mudança na condução das políticas de saúde pública. Essa reforma foi efetivamente implementada a partir de 1903, ano em que Oswaldo Cruz assume o cargo de diretor da DGSP, prometendo erradicar a febre amarela, a peste e a varíola. O modelo de intervenção utilizado por Oswaldo Cruz ficou conhecido como *Sanitarismo Campanhista* e se configurou com a realização de reforma nos órgãos federais e campanhas sanitárias (com medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória). Nesse modelo o uso da força e da autoridade eram instrumentos preferenciais de ação (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; PAIM, 2009).

A partir de 1910, ocorreu um movimento pela mudança na organização sanitária com a participação de autoridades políticas e intelectuais, sendo liderado por médicos, que culminou com a importante criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) - substituindo a antiga DGSP; bem como de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais (PAIM, 2009).

A história da medicina institucional foi formada, desde o início do século XX, com uma marca principal - a separação entre as ações de saúde pública (voltadas para a população como um todo) e a assistência médico-hospitalar (individualizada, por meio dos serviços médicos de empresas e pelas instituições previdenciárias aos trabalhadores urbanos). Houve a formação de três subsistemas de saúde no Brasil vinculados ao poder público, mas sem qualquer integração: a Saúde Pública, a Medicina do Trabalho e a Medicina Previdenciária (COTTA et al., 2013a). O modelo de intervenção Estatal na área social data desta época (1920-1930), quando os direitos civis e sociais passam a ser vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho (BRAGA; PAULA, 1986).

Em meio ao crescimento de um movimento operário-sindical para a garantia de direitos trabalhistas, surge uma medida estatal em relação à proteção social e assistência médica. Desse modo, em 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, que, apesar de não definir o Estado como sujeito ativo de um tímido e incipiente seguro social para os trabalhadores, regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), geridas e mantidas pelos trabalhadores e empresas. Logo, as CAP foram consideradas o marco do início da previdência social no Brasil (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

A partir da década de 1930, com o governo de Getúlio Vargas e a institucionalização das políticas trabalhistas, as CAP foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que estendeu os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano organizado. A partir de então, a saúde pública e a medicina previdenciária passaram a ter caminhos e gestão distintos. A primeira passou a ser gerenciada pelo então Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que teve a integração do DNSP; e a segunda pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (COTTA et al., 2013a). Desse modo numa concepção de cidadania regulada, restrita apenas aos que contribuíam para os Institutos, os trabalhadores do mercado de trabalho informal e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado (SANTOS, 1987).

Vale ressaltar que no período do governo de Getúlio Vargas, enquanto nos países da Europa ocidental (no período pós-guerra) implantava-se o modelo político de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), no Brasil existia uma ideologia desenvolvimentista, a qual considerava o nível de saúde de uma população dependente primariamente do grau de desenvolvimento econômico de um país, sem se preocupar com o desenvolvimento social (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; MATTA, 2007). Observa-se, portanto, que o direito à saúde no país ainda não estava vinculado à condição de cidadania.

Em 1953, foi criado o MS, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde (doravante MESP), sem que isto significasse uma nova postura do governo e um efetivo compromisso em resolver os importantes problemas de saúde pública que lhes competia (POLIGNANO, s.d.). As ações de saúde no combate a certas doenças passaram a

ser realizadas por serviços específicos e centralizados, com a persistência das intervenções sob a forma de campanhas (PAIM, 2009).

Como afirma Paim (2009, p.31),

A organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*; de outro, a *saúde do trabalhador*; inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades da assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.

No governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) houve um grande desenvolvimento industrial apoiado pelo capital estrangeiro, o que influiu no fortalecimento da expansão da assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública (PAIM, 2009). Nesse período, não havia políticas de saúde com o intuito de melhorar a saúde da população. As políticas sociais eram consideradas como “paliativas”. Desse modo, houve um aumento das doenças evitáveis que acometiam a população, o que levou à criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais com a finalidade de combater essas doenças (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Um dos avanços com relação à assistência médica prestada à população refere-se à luta dos sindicatos para que todos os IAP oferecessem assistência médica aos seus associados. Nesse sentido, em 1960, foi promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, em meio a grandes resistências do movimento sindical por causa das radicais transformações que esta medida política implicaria. Essa Lei estabeleceu a unificação do regime geral da previdência social e abrangia todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores públicos e de autarquias com regimes próprios de previdência. A partir de então, tem-se a origem da medicina de grupo, pois os IAP, que possuíam recursos financeiros suficientes, construíram hospitais próprios, surgindo então, os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas (ACÚRCIO, 2007; POLIGNANO, s.d.).

Em virtude do golpe militar, em 1964, as reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado,

principalmente nos grandes centros urbanos (PAIM et al., 2011). Em 1967, os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que representava o ápice do processo de descentralização no setor previdenciário, com forte repercussão na área da saúde e uma rápida ampliação da cobertura, estendida aos trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

A mercantilização crescente da saúde e o predomínio de interesses financeiros das instituições previdenciárias marcaram fortemente o sistema de saúde brasileiro durante os governos militares. Porém, o período de crise do capitalismo no cenário internacional, resulta em uma diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional. Desencadeia-se, portanto, uma crise do Sistema Nacional de Saúde, implantado no período militar (1964-1984). De um lado, o Sistema Previdenciário mostra-se incapaz de responder, administrativa e financeiramente, à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços. De outro, havia a necessidade de expandir as medidas de saúde de caráter preventivo e de interesse coletivo (COTTA et al., 2013a).

Com o declínio do modelo econômico implantado pela ditadura, a partir de 1975, emergem as mazelas decorrentes do modelo de saúde adotado: a saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, restringindo-se a campanhas de baixa eficácia; aumento do custo da assistência médica; redução das receitas previdenciárias; aumento crescente da iniquidade; desvio de verbas da previdência para cobrir despesas de outros setores e o calote da União à previdência. Estabelece-se, por conseguinte, uma crise insolúvel desse modelo (BRASIL, 2011b).

Uma rearticulação paulatina dos movimentos sociais estimula as denúncias sobre essa caótica situação da saúde pública, da previdência e da assistência médica. Foi durante esse período mais repressivo do autoritarismo no país (final da década de 1960 e início da seguinte) que emergiu uma base teórica e ideológica de um pensamento médico-social, nos departamentos de Medicina Preventiva de todas as faculdades de medicina, para uma nova abordagem dos problemas de saúde (BRASIL, 2011b; ESCOREL, 2008).

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde (dentre eles médicos, acadêmicos e cientistas) debatiam a degradação da qualidade de vida do povo em seminários e congressos. Um novo enfoque para o

enfrentamento da realidade sanitária do país propiciou a fusão do movimento pela transformação do setor saúde com outros movimentos sociais. Este complexo processo de articulação resultou, em meados da década de 1970, no movimento ideológico e político denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (BRASIL, 2011b; ESCOREL, 2008).

Para Paim (2013), o MRSB foi um importante fenômeno histórico-social de mobilidade das estruturas sociais, culturais, morais, políticas e econômicas do nosso país rumo à cidadania plena. Consequentemente, a saúde passa a ser entendida não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como um direito civil e social imanentes à democracia, ou seja, um processo civilizatório de transformação social.

O processo de abertura política do regime militar, iniciada a partir do Governo de Geisel (1974-1979), propiciou o início da consolidação da ideia da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) com a apresentação de propostas, mediante a fundação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976 (ESCOREL, 2008). O CEBES se constituiu como ponto de encontro entre médicos e sanitaristas para discutir mudanças no quadro sanitário do Brasil. A política de saúde, adotada naquele momento, era predominantemente uma medicina de cunho assistencialista e individual, com uma crescente privatização dos serviços médicos.

A RSB deixa de ser *ideia* e passa a ser *proposta*, quando da elaboração pelo CEBES, em 1979, do documento “A questão democrática na área da saúde”, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em que se tem o resgate de importantes problemas de saúde e sociais sofridos pela população, e pela primeira vez, propõe-se um esboço do que viria a constituir o SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para sua criação (PAIM, 2013).

As propostas da RSB foram transformadoras no sentido de melhorar e democratizar a atenção à saúde das populações mais carentes, com a difusão do pensamento médico-social. Assim, o CEBES defendia uma saúde autêntica, pautada nos seguintes aspectos: democratização do setor saúde e repúdio a sua privatização, o que implicava elevar a consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes; o reconhecimento do direito à saúde que garantisse o acesso universal e igualitário ao sistema; a participação social no processo de elaboração e implementação de políticas; bem como o comprometimento integral do Estado com

a saúde, sob a responsabilidade dos níveis federal, estadual e municipal (ESCOREL, 2008).

Outra organização que teve papel protagonista na luta da RSB foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Esta, por conseguinte, defendia quatro anos antes da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), duas ideias centrais da *proposta* da RSB: o direito à saúde (conquistado e não como medida de caridade) e a participação da comunidade (população organizada, profissionais e trabalhadores de saúde) (PAIM, 2013).

O MRSB cresceu e formou alianças com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais sob a ótica de propostas favoráveis ou contraditórias de reforma, e muitas das vezes com tensionamentos existentes, ou seja, o mero exercício da democracia sendo criada e recriada em cada espaço do momento histórico vivido no país (PAIM, 2013).

Coincidindo com o cenário internacional da proposta da atenção primária em saúde (APS), em 1978, com a Conferência de Alma-Ata, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) em 1980; o Plano de Reorientação da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social, em 1981; e as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984 (MENDES, 2006). As novas formulações caracterizaram-se em torno da crítica à elitização da prática médica e a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Por conseguinte, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e o perfil demográfico da saúde e a morbidade (ESCOREL, 2008). Surgem então, os primeiros indícios do princípio da equidade no Brasil.

Em um contexto de tensões internas entre os reformistas da Saúde e da Previdência, era imprescindível uma reordenação da política de saúde mais radical, possibilitando que a RSB partisse de uma *ideia/proposta* para ser um *projeto* na perspectiva de universalização, equidade e democratização, dispondo de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde (PAIM, 2013).

Diante disso, em 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da década, a 8ª CNS, para o qual convergiu todo o movimento iniciado nos anos 70. Poder-se-ia caracterizá-la como uma arena de ampliação do debate para reafirmar e consolidar as propostas existentes para a reformulação do setor, ao ratificar a

importância da saúde como direito de todos e dever do Estado, o que posteriormente, seria possibilitado por meio da criação do SUS (MATTOS, 2009; PAIM, 2013).

Cabe destacar a pluralidade de segmentos da sociedade que fizeram parte dessa Conferência, o que repercutiu numa propagação exponencial da consciência do direito à saúde, bem como a necessidade de melhoria dos serviços de saúde à população civil brasileira. Na ocasião, o debate evidenciou os principais elementos constitutivos do projeto da RSB construídos pelo relatório final da 8ª CNS: a ampliação do conceito de saúde; o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; a criação do SUS; a participação popular e a constituição do orçamento social (PAIM, 2013).

O relatório final da 8ª CNS subsidiou, determinadamente, os alicerces para a construção do SUS e a elaboração da nova Constituição Federal, denominada “Constituição Cidadã”, pois trazia em seu cerne, a atribuição de contornos próprios ao direito fundamental à saúde, sob os preceitos do Modelo de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) correlacionado à garantia de assistência social (COTTA et al., 2013b; SARLET; FIGUEIREDO, 2009). Desse modo, a saúde passou a ser diretamente relacionada ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana.

Em 1988, legalmente a proposta do SUS é incorporada à Constituição Federal, no Título VIII – Da Ordem Social, no Capítulo II – Da Seguridade Social, cujo “conteúdo ideológico demonstra uma preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade” como afirmam Noronha, Lima e Machado (2008, p.437), e na Seção II – Da Saúde, nos Artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988).

Em seu artigo 196 a saúde é descrita como:

Um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS foi instituído nos Artigos 198 e 200, pautado pelas diretrizes organizacionais da descentralização, atenção integral e participação da comunidade, prevendo o estabelecimento de contratos e convênios de serviços privados em caráter complementar (BRASIL, 1988).

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição Federal de 1988, ele obteve sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde – a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que ordena sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Pela primeira vez, a saúde é apresentada como uma concepção mais abrangente, pela Lei 8.080/90, no Art. 3º do Título I – Das disposições Gerais:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990a).

Além disso, essa mesma lei explicitou a definição do SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, bem como da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Estabeleceu também, os *princípios doutrinários* do sistema como a universalidade, integralidade e equidade, bem como os *princípios organizativos* – a descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1990a).

Para além do que se encontra definido na lei, a compreensão dos princípios doutrinários são respostas dadas pelo SUS às necessidades individuais e coletivas de saúde que fundamentam a ideologia da assistência à saúde defendida pelo Movimento Sanitário (COTTA et al., 2013b).

A universalidade de acesso é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Com a universalidade, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais da população não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A integralidade, nos termos da lei, é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos;

exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a). A integralidade traz em seu sentido um conjunto de características que remetem à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de agir sobre os determinantes da produção da saúde e da doença e garantir as condições satisfatórias de saúde em grupos sociais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A equidade, tomada na Lei 8.080/90, como “igualdade na assistência à saúde” reitera um princípio de justiça social que garante atendimento igualitário à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Entretanto, como ressalta Paim (2009, p. 45):

Em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo atingir a igualdade.

Assim, cresce em importância a noção de equidade, principalmente em relação à distribuição de recursos, que admite que somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; PAIM, 2009).

A universalidade e a integralidade, como princípios éticos, baseiam o funcionamento do SUS numa perspectiva de ser relativo a todos; o que deve se tornar inteiro e o que deve ser entendido por completo, respectivamente. Diferentemente, a equidade traz o aspecto individual para o seu entendimento, uma vez que reconhece o direito de cada um de forma igualitária (PESSALACIA; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011).

Dentre os princípios organizativos, a descentralização político-administrativa teve como propósito promover a democratização do processo decisório. Foi consolidada com a municipalização das ações de saúde com vistas a adequar o SUS à realidade econômica, política e social de um país em desenvolvimento e com vastas diferenças regionais. Nesse sentido, as decisões devem ser tomadas em cada município, estado e distrito federal, por meio das respectivas secretarias de saúde, cabendo ao MS a coordenação e a atuação no âmbito federal (MOROSINI, 2014; PAIM, 2009).

Uma dos aspectos importantes para a efetivação da descentralização foi a organização em *rede* do conjunto de ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada (em regiões de saúde) e hierarquizada (diferentes graus de complexidade), para garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde (COTTA et al., 2013b; PAIM, 2009).

A participação social expressa a democratização dos processos decisórios consolidada na participação dos usuários dos serviços de saúde, por intermédio de suas entidades representativas, no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, além da fiscalização do cumprimento do arcabouço jurídico do SUS, e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde realizados nos diferentes níveis de governo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Posteriormente à regulamentação do SUS por meio das Leis Orgânicas da Saúde, foi necessária a elaboração de legislação complementar, ou seja, decretos e portarias que continham as diretrizes que estabeleciam o modo de funcionamento do sistema de saúde, com a finalidade de orientar os gestores das três esferas de governo no cumprimento de suas funções. Para isso, foram publicadas uma série de Normas Operacionais Básicas (NOB) a partir de 1991, dentre as quais se destacam a NOB-SUS nº 01/91, NOB-SUS nº 01/93 e NOB-SUS nº 01/96 (BRASIL, 2011b).

De forma notável, a NOB/96 consolidou a municipalização e promoveu um avanço no processo de descentralização, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos, redefinindo as competências de cada esfera de governo, mas, principalmente, propondo um novo modelo de financiamento.

O processo de descentralização do SUS foi impulsionado pela implantação do Piso da Atenção Básica pela Portaria GM/MS nº1.882/97. Possibilitou a transformação da lógica do financiamento (com a transferência per capita regular e automática do fundo nacional para o fundo municipal), bem como a maior autonomia para a gestão municipal (BRASIL, 1997).

Em seguida, com a finalidade de buscar estratégias para se alcançar a universalização por meio da igualdade e equidade, foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), formuladas entre os anos de 2001 e 2002, NOAS 01/02; e, por fim, o Pacto pela Saúde, no ano de 2006, compreendido pelos Pactos de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2011b). Convém destacar que as normativas citadas acima tinham

caráter transitório. Logo, a criação de uma nova norma, anulava aquela que a antecedia, demonstrando a dinamicidade e progressão do processo de operacionalização do SUS.

Dentre os desafios mais relevantes nesse processo, destacavam-se: a necessidade de adoção de critérios de repartição mais justa entre as unidades federadas e de formulação de modalidades inovadoras para as transferências dos recursos financeiros; a formulação de metas e objetivos sanitários para a regulação e avaliação das ações de saúde oferecidas pelo SUS; a formulação de estratégias para a organização da gestão regional do sistema; e a definição de uma proposta de organização das redes de atenção, tendo a atenção primária como ordenadora (LIMA et al., 2012).

O Pacto pela Saúde, apresentado como uma inovação capaz de fortalecer a gestão descentralizada do sistema muda radicalmente a forma de pactuação do SUS, rompendo com a lógica da pactuação por meio de normas operacionais e assistenciais à saúde, que visavam apenas à operacionalização do sistema, obrigando os municípios a uma repactuação anual e a uma gestão por resultados sanitários (MACHADO et al., 2009).

Para Pessalacia, Oliveira e Guimarães (2011), conforme as normativas, a dificuldade da gestão eficiente e justa dos recursos públicos disponíveis assume grande relevância e abrange desde a identificação e priorização de problemas, formulação de propostas e metas até a alocação, distribuição e controle dos recursos financeiros que contemplem os interesses e os direitos da população brasileira.

Recentemente, no momento que as bases legais e normativas estão estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional desse sistema de saúde brasileiro, ocorreu a regulamentação da Lei 8.080/90, com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Este Decreto dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outros aspectos essenciais para a consolidação e melhoria permanente do sistema. Desse modo, visa dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

Em seu artigo 36º, ordena que o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), instrumento formal que estabelece os compromissos entre os gestores, conterà, entre suas disposições essenciais, a “identificação das necessidades de saúde locais e regionais”. Dispõe também que para esta identificação será utilizado o Mapa da Saúde que orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde (BRASIL, 2011c; CAMPOS, 2013).

Igualmente, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, considera as “necessidades de saúde” como um dos critérios para o rateio dos recursos federais para os estados e municípios, bem como para a distribuição dos recursos estaduais para os municípios. Porém, nossos textos legais, em nenhum momento, definem o que entendem por necessidades de saúde (CAMPOS, 2013).

Para esse mesmo autor, os modelos de atenção são pressupostos importantes para definir as necessidades, uma vez que a “organização dos serviços nos padrões de redes integradas de serviços de saúde tem demonstrado respostas mais eficazes na melhoria dos níveis de saúde” (CAMPOS, 2013, p. 53). Nesse sentido, pode-se afirmar que o modelo de atenção centrado na atenção primária é uma estratégia abrangente para enfrentar a maioria dos problemas básicos de saúde, reforçar a infraestrutura dos serviços, especialmente em áreas rurais, e apoiar o desenvolvimento econômico e social (FACHINNI; GARCIA, 2009).

Mendonça (2009, p.1494) afirma que já existem evidências suficientes que países que possuem seus sistemas de saúde organizados a partir dos princípios da atenção primária auferem “melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social”, como em nosso país.

Tanto a literatura internacional como a nacional utilizam diversos termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. No Brasil, o MS adotou a denominação “atenção básica em saúde” para definir atenção primária. Com vista a promover a reorganização do modelo assistencial do SUS, obteve-se, como estratégia principal, a ampliação da atenção básica com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), doravante intitulado ESF (BRASIL, 2011a).

2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A implantação da atenção básica como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde universais tem relevância inquestionável, tanto em países ricos como Inglaterra, Canadá, Suécia, Holanda, entre outros, como em países em desenvolvimento (MENDONÇA, 2009). Diversas experiências internacionais indicam que as equipes de atenção básica têm a capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde da população com qualidade, cerca dos 15% restantes necessitam, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e 5%, de cuidado hospitalar (MELO, 2013).

No Brasil, para redirecionar a rede de cuidado e organizar o sistema de saúde, houve a incorporação dos princípios da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde no nível da atenção básica (SILVA, 2008). Esta Conferência ocorrida em Alma-Ata, no ano de 1978, e promovida pela OMS, propunha a APS como estratégia para ampliar o acesso à saúde, reiterando a saúde como direito humano fundamental e aprovando como meta “Saúde para todos no ano 2000”.

Fundamentada nos princípios da integralidade, qualidade, equidade e participação social a APS significou uma inovação conceitual e tecnológica na visão sobre os sistemas de saúde no mundo (FACHINNI; GARCIA, 2009). A APS é definida pela OMS como:

Uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1979, p.14).

Fica também determinado, pela Conferência de Alma-Ata, que a APS seria parte integrante não apenas do sistema nacional de saúde, mas também do desenvolvimento social e econômico global da sociedade. Representaria o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, oferecendo a atenção à saúde o mais próximo possível da moradia e do trabalho dos cidadãos (BRASIL, 2011a).

O princípio da equidade em saúde, um valor fundamental da Reforma Sanitária, possibilitou que na construção do SUS se priorizasse reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir ações básicas fundamentadas no acesso universal à rede de serviços mais complexos de acordo com as necessidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Contudo, no início da década de 1990, o Brasil apresentava uma “crise no modelo assistencial” advinda da carência estrutural da rede básica de saúde acrescida das limitações operativas do modelo tradicional da APS, centrado na doença e, por conseguinte, no médico e nas práticas curativas. Na tentativa de superar essa crise e retomar os princípios do SUS e da APS, defendidos em Alma-Ata, o MS lança, no início de 1994, o PSF. Essa iniciativa foi precedida pelo Programa de Agentes de Saúde (PAS), em desenvolvimento no Ceará desde 1987, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991 (FACHINNI; GARCIA, 2009).

O foco e a lógica do programa, desde a sua gênese, romperam com o velho modelo passivo de atenção à saúde. Nesse novo paradigma, o indivíduo passa a ser entendido de forma singular e constituinte de um contexto maior, no qual é membro de uma comunidade e não está sozinho. A família passa a ser o alvo da atenção (MELO, 2013).

Inicialmente, o PSF foi implementado principalmente em pequenos municípios e estava voltado para os territórios mais vulneráveis do país, e a região Nordeste era o seu principal foco. Sua atuação era muito limitada. Guardava o caráter restrito de APS, pois absorvia a demanda reprimida da atenção básica, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção. A partir da NOB/96, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, além de incorporar novas tecnologias e incitar mudanças nos métodos de programar e planejar as ações de saúde que teriam como base a promoção de saúde e a prevenção de agravos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em sua trajetória, o PSF contribuiu para a reorganização da atenção básica do SUS, possuindo um aspecto marcante de agilizar, efetivamente, a descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população, que refletem problemas concretos e demonstram-se como prioritários (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A partir de 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) define o PSF como uma “estratégia”, um modelo para a atenção básica do SUS, que deve ser articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema. A concepção de ESF, pelo MS, provocou mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial, uma vez que imprimiu uma nova dinâmica de atuação das unidades básicas de saúde (UBS), preconizando uma equipe de caráter multiprofissional, que apresenta como foco de trabalho a definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente em uma determinada área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A ESF valoriza, além dos princípios de territorialização da APS, o de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, de estímulo à participação social, bem como do trabalho em equipe, entre outros (LINARD et al., 2011).

Durante o processo histórico, a atenção básica no Brasil foi gradualmente se fortalecendo para atingir seu principal objetivo, de se tornar a principal porta de acesso do SUS e o centro de inter-relação com toda a rede de atenção à saúde (MELO, 2013). Nesse contexto foi publicada, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que segundo Linard et al. (2011, p. 115) “traduz a marca da maturidade no que se refere a ESF na atenção básica em saúde”.

A PNAB reviu as funções das UBS, com ou sem ESF, assim propôs uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Além disso, a PNAB reconheceu a atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b, p.12).

Também possui “o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012a, p.19).

Em sua essência, essa política orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade da atenção, do vínculo, da coordenação e continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

Ao final do ano de 2011, foi elaborada uma nova PNAB. Esta versão estabeleceu conceitos atualizados, mais flexibilidade e mais atenção às diferenças regionais, e também enfatizou a importância do acolhimento e atenção à demanda espontânea no âmbito da atenção básica. Com o reordenamento do fluxo de atendimento nas UBS, mediante o acolhimento da demanda espontânea, a nova PNAB passou a enfatizar a relevância dos serviços de se organizarem conforme as necessidades do usuário, de maneira que a agenda das equipes deixe de ser definida, exclusivamente, por ações programáticas (MELO, 2013).

Com base na nova PNAB, cada equipe de ESF deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil, respeitando o critério de equidade para essa definição, com base no grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. Sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de população por equipe (BRASIL, 2012a).

A mínima composição da equipe de Saúde da Família requer a presença de médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. A essa composição, como parte da equipe multiprofissional, pode somar-se a equipe de saúde bucal que, em sua modalidade 1, é composta por um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar de saúde bucal. Na modalidade 2, adiciona-se a esses dois profissionais um técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2012a).

Trabalhar com normas e procedimentos programáticos em saúde, tais como, controle de tuberculose, eliminação da hanseníase e controle de diabetes e hipertensão, sem fazer deles seu único eixo de atenção é um dos desafios para a ESF. Considerar as necessidades de saúde da população e as características locais ainda é incipiente no processo de trabalho dos profissionais da atenção básica. Não basta os gestores e os profissionais se fixarem nas mudanças de comportamento. É preciso ir além, atuar junto com a população sobre os

determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais que influenciam o processo de saúde e de adoecimento (SILVA, 2008).

Garantir o princípio da universalidade no acesso aos serviços e ações de saúde, mas reconhecer a existência de grupos populacionais que não são atingidos por esse princípio, requer a organização de diferentes práticas de saúde que permitam a garantia da equidade no acesso à assistência. Para isso, torna-se necessário reformular os processos técnico-assistenciais no cuidado em saúde no cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica (LINARD et al., 2011; MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JÚNIOR, 2005).

A complexidade desse cenário se intensifica pelas grandes heterogeneidades regionais, sociais, econômicas, políticas e administrativas que marcam a história brasileira. Cabe ressaltar que as ações focais em segmentos prioritários devem estar integradas a uma política mais ampla, que forneça suporte social, garanta os direitos universais e que estimule o desenvolvimento das capacidades de diferentes grupos sociais, ultrapassando abordagens restritas e homogêneas que desconsideram as pluralidades locais (SENNA, 2002).

2.4 ASPECTO CONCEITUAL DE EQUIDADE

É consenso na literatura que o termo equidade tem sido empregado com sentido amplo e vem sendo submetido a diversas e contraditórias interpretações, principalmente no que tange à sua definição dentro do contexto das reformas e assistências no SUS (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013).

A palavra equidade tem a mesma raiz etimológica do termo em latim *Aequale* para nomear “iguais”, logo sua gênese tem uma acepção mais geral, que se refere ao princípio da igualdade (CARVALHO et al., 2014; COMTE-SPONVILLE, 2003). Segundo Campos (2006) o sentido mais vago do termo se confunde também com noções genéricas de justiça ou de direito, que facilita a sua compreensão, mas não necessariamente a sua aplicação social.

Pode-se definir igualdade como um estado do indivíduo e uma relação geral desejável entre indivíduos em sociedade. E justiça, parte do entendimento de quais princípios são necessários para definir as condições que fundamentam um

ordenamento justo (ALMEIDA, 2002). Com isso, Souza (2007) destaca que a compreensão de equidade teria um valor de justiça, ou seja, seria mais do que tratar todos numa perspectiva de igualdade e sim, de buscar dar mais a quem precisa de mais.

Em toda a história da humanidade as preocupações com as relações humanas e o modo de agir do homem existiram no pensamento filosófico. O debate conceitual sobre equidade é antigo e esteve sustentado por questões jurídicas e morais. Estas questões apontam as diferenças conceituais ligadas ao termo por meio da tradição filosófica, a partir do período clássico (VII a.C. - VII d.C.) em que se desenvolveu o apogeu da democracia na vida urbana, intelectual e na arte; como também da tradição filosófica moderna (XVII-XIX d.C.), em que surge o homem moderno e expande-se a consciência sobre o mundo e a dignidade humana (FERNANDES, 2006).

De acordo com Perelman (1996), o conceito de equidade tem sido relacionado com a noção de justiça no pensamento dos principais filósofos ocidentais, desde Aristóteles, o filósofo conhecido como iniciador do pensamento científico.

A equidade, no seu princípio formal ou clássico, esclarecido por Aristóteles, no século IV a.C., é o mesmo princípio presente na justiça particular, que pode ser considerada uma virtude de caráter, firmemente enraizada na alma de quem a possui e existente independentemente de determinações legais. Para o filósofo, a justiça é um critério basilar para a lei. Porém, esta se demonstra como insuficiente ou imperfeita pelo seu caráter universal e a equidade se revela como a retificação da lei, ou seja, uma espécie de corretivo, principalmente em uma dada situação particular. Nestas situações particulares, a equidade intervém para julgar, na base da justiça o que a lei deve realizar. A equidade seria o exercício vivo da justiça, a única maneira de contar com uma justiça realmente justa (PASSOS, 2009; PESSALACIA; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011).

Na concepção aristotélica, a igualdade e a equidade são diferentes. A igualdade, apesar de ser um princípio basilar do direito e do Estado democrático, não expressa necessariamente a equidade, nem a justiça. Pioneiramente, Aristóteles defende que o princípio da igualdade origina dois tipos de justiça: a distributiva e a corretiva. A justiça distributiva consiste na distribuição proporcional ou mesmo na igualdade em cada um ter exatamente aquilo que merece ou deve ter,

nem mais nem menos, e a justiça corretiva não considera as diferenças de mérito, mas a violação daquilo que é justo por distribuição, ocorrendo ganho indevido para uma parte e, conseqüentemente, perda indevida para outra parte surgindo a necessidade de correção. Para Aristóteles, a razão de ser da equidade está na justiça. Desse modo, “tudo o que é equitativo é justo, mas nem tudo que é justo é equitativo” (PASSOS, 2009, p.54).

O filósofo Immanuel Kant, da tradição filosófica moderna, no século XVIII, acreditava que a equidade não se prestava a uma reivindicação jurídica formal, não cabendo aos tribunais, mas somente à consciência, isto é, a ideia de equidade era tida como uma questão moral (COELHO, 2010). Para Kant, o dever de agir moralmente se fundamenta na racionalidade do ser humano, e isso é suficiente para justificar uma decisão, ou seja, a máxima da boa vontade humana tem validade como princípio de uma legislação universal (FERNANDES, 2006).

A interpretação do princípio da justiça é originada de bases diversificadas, desde o pensamento cristão até os fundamentos de diferentes correntes de base solidarista, e é marcada pelo princípio da diferença, em que o tratamento diferenciado entre as pessoas é baseado conforme suas necessidades individuais (FORTES, 2009).

No entanto, o marco histórico importante na reflexão dos princípios da justiça e da equidade ocorreu com o filósofo norte-americano John Rawls, que em seu livro *Uma teoria da justiça*, publicado pela primeira vez em 1971, expressa a teoria da “justiça como equidade”, no qual defende o princípio da diferença como base para a tomada de decisão em estabelecer prioridades diante de recursos insuficientes, trabalhando como o pressuposto da finitude (FORTES, 2009).

Conforme Rawls (1997, p.8), a justiça é a “maneira pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social”. Poder-se-ia dizer que Rawls considera a equidade como uma desigualdade justa, aceitando-se o tratamento diferenciado entre as pessoas quando baseado em necessidades individuais, o que remete, de certa forma, ao princípio da justiça distributiva aristotélica. Contudo, ao mesmo tempo, leva em conta suas relações mais amplas, ressaltando os aspectos deontológicos da justiça, em que estão implicados os julgamentos de valor.

Para o filósofo, a instituição é um sistema público de regras que definem cargos, posições, direitos, deveres e poderes, e as instituições mais importantes seriam a constituição política e os arranjos econômicos e sociais. Desse modo, a ideia intuitiva do autor é que:

Essa estrutura contém várias posições sociais e que homens nascidos em condições diferentes têm expectativas diferentes, determinadas, em parte, pelo sistema político bem como pelas circunstâncias econômicas e sociais. Assim, as instituições da sociedade favorecem certos pontos de partida mais que outros. Essas são desigualdades especialmente profundas [...]. É a essas desigualdades, supostamente inevitáveis na estrutura básica de qualquer sociedade, que os princípios da justiça social devem ser aplicados em primeiro lugar (RAWLS, 1997, p.8).

Rawls (2003) considera que as desigualdades surgem de um processo histórico e pelos modos de organização e de produção de uma sociedade. Assim, ele descreve dois princípios fundamentais e concomitantes para se garantir a justiça com equidade: (1) Deveria haver igualdade na distribuição dos direitos e liberdades civis, como direito à manifestação autônoma, à liberdade de locomoção, de expressão de opiniões, de reclamação, de associação, de informação, de direito à privacidade e o direito à saúde, inscrito na constituição da maioria dos países. (2) Aceitando o princípio da diferença, defende que é justa a ação que tenha consequências desiguais para os vários envolvidos somente quando resultam em benefícios compensatórios para cada um, e preferencialmente, para os membros menos favorecidos ou menos afortunados da sociedade.

Rizzoto e Bortoloto (2011) reforçam que nessa perspectiva, não se pode relacionar a justiça unicamente ao seu caráter formal instituído pelas leis ou normas jurídicas, mas sim aos direitos e deveres de todos os cidadãos de uma dada sociedade e também à garantia de um mínimo de bem-estar para todos, sob a condição essencial da cooperação mútua.

Viana, Fausto e Lima (2003) corroboram o pensamento de John Rawls quando afirmam que a noção de igualdade só se completa quando compartilhada à noção de equidade. Um padrão universal deve comportar, necessariamente, o princípio da diferença em busca de um padrão equânime e não homogêneo.

Contudo, a realidade nos mostra uma discordância expressiva de como se deve proceder para se alcançar a justiça. Na efetivação desse princípio, evidencia-

se o pluralismo de valores morais e a diversidade de interpretações do que seria uma distribuição justa de recursos a ser feita pela esfera pública (FORTES, 2009).

Igualmente, Rawls (2003, p.6) reconhece que há problemas de discernimento dos limites do que é praticável e quais são as condições do mundo social, mas argumenta que “podemos, em maior ou menor grau, mudar as instituições políticas e sociais e muito mais”, defendendo que os limites do possível não são fornecidos pelo existente.

2.4.1 Aproximando o conceito de equidade para a área da saúde

A despeito da polissemia de sentidos atribuídos à equidade por pensadores e filósofos apresentados, há em comum uma discussão em torno da noção da equidade no sentido tradicional como igualdade, mas também como julgamento valorativo de situações singulares. É importante ressaltar que esses sentidos estão interligados aos sistemas de valores, e à concepção de organização social e econômica a que cada discurso se refere (CAMPOS, 2006).

Em relação ao direito à saúde, a orientação ética por necessidades individuais culminaram com o surgimento de sistemas de saúde solidaristas, baseados no princípio da universalidade de acesso (FORTES, 2009). Com o Brasil não foi diferente, a partir da instituição, no art. 196 da Constituição Federal brasileira, do direito à saúde como direito social e dever do Estado sob a égide do SUS. A equidade está entre os princípios desse sistema público de saúde, mas ainda é pouco desenvolvida e o debate sobre isso é demasiado insuficiente.

Na área da saúde, alguns autores, especificamente a partir da década de 90, debruçaram-se sobre o princípio da “equidade em saúde” numa perspectiva ativa e até mesmo construtivista de definição.

Margareth Whitehead (1991) é a autora mais citada nos trabalhos da literatura internacional que adotam conceitos de equidade em saúde. Em seu documento de consultoria para a OMS, essa autora define equidade em saúde remetendo à concepção de que, conforme os ideais, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde, e, no

aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo (VIANA, FAUSTO; LIMA, 2003).

A definição de Whitehead é caudatária à teoria da justiça de John Rawls, uma vez que para a autora, a equidade em saúde refere-se à redução das iniquidades em saúde, as quais fazem alusão às “diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1991, p.5). A questão central a ser tratada pela autora é o entendimento das desigualdades em saúde sob o aspecto da justiça social.

A mesma autora diferencia alguns critérios que classificam as desigualdades em saúde como injustas ou aquelas que não expressam injustiças. Os critérios que definem as desigualdades como injustas dependem de intervenção ou não apresentam relação causal com as diferenças de classes, tais como a exposição a condições de vida e de trabalho estressantes e doentios, e o inadequado acesso aos serviços de saúde ou a outros serviços públicos essenciais. Já as variações biológicas naturais e comportamentos perigosos não expressam injustiça, uma vez que são escolhas individuais e, ou vantagens temporárias de um grupo, que podem ser incorporadas de forma acelerada por outros grupos.

Starfield (2001) também interpreta a equidade em saúde enquanto igualdade de acesso, de uso e de qualidade de atenção dos serviços de saúde para necessidades iguais. Para Viana, Fausto e Lima (2003) a equidade nos serviços de saúde implica no tratamento igual de iguais (equidade horizontal) e no tratamento desigual de desiguais (equidade vertical).

Macinko e Starfield (2002), posterior a uma revisão sistemática da bibliografia indexada no MEDLINE entre 1980 e 2001, consideram que incluir justiça no conceito de equidade, como faz Whitehead, traz conotações de julgamento de valores, o que podem resultar em problemas operacionais. Assim, eles propõe usar a definição para equidade em saúde adotada pela International Society for Equity in Health (ISEqH) em que:

Equidade corresponde à ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente curáveis (*remediables*) em um ou mais aspectos da saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente (MACINKO; STARFIELD, 2002, p.1).

Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) contra-argumentam essa concepção no que diz respeito à similaridade de igualdade dada à equidade ao defini-la como “ausência de diferenças”. Acrescentam ainda que tal posicionamento não enfrenta dilemas políticos concretos na saúde como acesso e oferta de serviços, financiamento e forma de organização e controle de sistemas de saúde.

É certo que nenhum sistema público de saúde, inclusive o brasileiro, possua condições para dar conta da integralidade das necessidades de todas as pessoas, mesmo que haja um aumento considerável dos recursos investidos no setor saúde (FORTES, 2009). Por isso, a OMS reconhece que é sempre necessário que sejam estabelecidas prioridades na distribuição e alocação de recursos.

Ademais, para a OMS, promover a equidade na saúde significa que as políticas e sistemas públicos deveriam partir do princípio da existência de diferenças nas condições de saúde dos indivíduos e desenvolver ações e serviços de saúde em função das necessidades identificadas (WHO, 2000).

A equidade tem servido de base como uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde (PAIM, 2006; PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005). No Brasil, o termo equidade vem sendo frequentemente usado em documentos técnicos, normativos e doutrinários e inclusive nos relatórios das CNS (PAIM, 2006).

Na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde a questão da equidade foi percebida como igualdade na assistência e no acesso aos serviços de saúde, visto que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento, com a finalidade de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com iguais necessidades (NERI; SOARES, 2002).

Universal e igualitário foram os dois conceitos chaves nestes textos legais. Porém, a igualdade como inserida pelo texto constitucional, não admite nenhuma discriminação, nem positiva nem negativa. Em outros termos,

Trata-se de reconhecer a igualdade como valor e princípio normativo de acesso ao sistema, sem considerar a diferenciação preexistente como imperativo para a estruturação do sistema (FLEURY, 1994, p.46).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde, no ano de 2008, em seu relatório final, ressaltou seu comprometimento com a equidade,

visando assegurar o direito universal, como um compromisso ético e uma posição política (BRASIL, 2008a).

Todavia, na prática a garantia da universalidade não implica em garantia da equidade. Por isso, poder-se-ia concordar com o bioeticista Diego Gracia (1989, p.41) ao declarar que deva ser reformulada a expressão “a cada pessoa conforme suas necessidades”, modificando-a para “a cada pessoa conforme suas necessidades até o limite que permitam os bens disponíveis”. Logo, mesmo em um sistema universal, existe a limitação, por falta de recursos, de determinados procedimentos e ações de saúde para todos.

Corroborando essa afirmação, Paim (2012) retrata certa preocupação ao afirmar que a equidade em saúde pode ser útil no momento em que as políticas igualitárias avançam, pois ainda se apresenta insuficiente para garantir a justiça e a igualdade entre desiguais quando se trata de sua operacionalização no sistema público brasileiro.

O desafio de um sistema que possa contribuir com a justiça social no sentido de propiciar direitos iguais a todos tem se tornado cada vez mais complexo (FINKELMAN, 2000). Também há de se considerar que, o princípio da equidade no SUS, quando definido como “igualdade justa” introduz mais interrogações do que respostas, provocando o agravamento dessa operacionalização.

Autores como Elias (2005) e Granja, Zoboli e Fracoli (2013) referem que alguns caminhos são propostos para superar a dificuldade de operacionalizar a equidade em saúde: a epidemiologia, como conhecimento imprescindível à compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; valorização da experiência cotidiana de profissionais e usuários na definição de prioridades na saúde e o redimensionamento das ações para o nível local na busca da equidade e da atenção integral.

A busca da equidade nas condições de vida e de saúde e do acesso na utilização dos serviços, além da garantia do atendimento integral e resolutivo, deve fazer parte da agenda dos governos. A equidade, numa lógica de complementaridade indispensável à universalidade de acesso, permite a correção de certas distorções e injustiças distributivas, o que resulta na caracterização e priorização de grupos vulneráveis. Dessa forma, as desigualdades podem ser minimizadas mediante políticas e medidas práticas baseadas na equidade e na responsabilidade social (PESSALACIA; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011). Essas

premissas vêm alcançando relevância no setor, promovendo importante redefinição nos rumos das políticas de saúde.

Desse modo, as reflexões que partem dessas leituras e da minha prática em cuidar de pessoas orientam o fortalecimento da minha atuação, no cenário da APS, ancorada no princípio da equidade como importante articulador organizativo para o processo de cuidar.

3 DESENHO TEÓRICO E CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO PARA INVESTIGAÇÃO

Optou-se pela Teoria das Representações Sociais como referencial teórico metodológico, pois esta descreve e explica os fenômenos cotidianos, com suas dimensões cognitivas, afetivas e sociais, que estão relacionados com um modo particular de compreensão e de comunicação entre os sujeitos sociais, o que vai ao encontro do objeto central de investigação deste estudo.

A Teoria das Representações Sociais tem suas raízes na sociologia e na psicologia, e tem sua emergência na Europa, com a publicação do estudo de Moscovici, em 1961, *La Psicanalyse: Son image et son public*, como parte da perspectiva europeia em psicologia social (FARR, 2000).

A origem do conceito teórico das *representações sociais*, tal como introduzido por Moscovici, remete ao conceito de *representações coletivas* de Durkheim.

Minayo (2013, p.220) afirma que a expressão usada por Durkheim se referia a “categorias de pensamento por meio das quais uma determinada sociedade elabora e expressa sua realidade”. Na concepção de Durkheim (1978) existe uma separação radical entre representações individuais e coletivas, sendo essas últimas advindas de aspectos sociológicos do pensamento organizado, de modo que surjam como uma reprodução do social, não reconhecendo nas consciências individuais, potencial para elaborar representações.

De acordo com Moscovici (2012) este conceito por Durkheim é, no entanto, demasiado estático em relação a como devemos entender a sociedade contemporânea. Assim, com o epíteto "social" Moscovici quer enfatizar que as representações surgem através da interação social e da comunicação entre indivíduos e grupos. "Social" também marca que o conteúdo das representações são sociais. Elas refletem de maneiras diferentes, os contextos históricos, culturais e econômicos, circunstâncias e práticas.

Em uma de suas definições sobre representações sociais, Moscovici (2012) menciona que correspondem a certo modelo recorrente e compreensivo do conteúdo do pensamento cotidiano e do estoque de ideias que dão coerência às nossas crenças religiosas, ideologias políticas e das conexões que criamos tão espontaneamente como nós respiramos. Elas ordenam ao redor de um tema,

Uma série de proposições que possibilita que coisas ou pessoas sejam classificadas, que seus caracteres sejam descritos, seus sentimentos e ações sejam explicados e assim por diante (MOSCOVICI, 2012, p. 209-10).

O autor identifica uma relação sutil entre representações e influências comunicativas, quando também define representação social como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976: xiii *apud* MOSCOVICI, 2012, p.21).

Moscovi admite, pois, que as representações obviamente não são criadas por um indivíduo isoladamente. Elas são construídas pelos sujeitos quando da elaboração compartilhada do conhecimento, o que enfatiza a qualidade dinâmica das representações. Os indivíduos contribuem para a formação das representações sociais na interação entre estrutura social e individual.

Uma vez criadas, [...] elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem, e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem (MOSCOVICI, 2012, p. 41).

Da mesma forma, Jodelet (2001, p.17) justifica o quão importante e sociais são as representações na vida cotidiana, ao afirmar que não estamos isolados num vazio social: “partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo.”

Logo, não há representação social sem objeto e sem um sujeito social, coletivo ou individual, pertencente a um determinado grupo, pois “uma representação é sempre uma representação de alguém, tanto quanto de alguma coisa” (MOSCOVICI, 1978, p.27, 63, 65). O ponto de partida da teoria das representações sociais é a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos imprevisíveis ou estranhos rumo à construção de um mundo estável, previsível considerando tal diversidade (MOSCOVICI, 2012). Denise Jodelet (2001) corrobora essa afirmativa quando define a representação como uma forma de conhecimento prático conectando um sujeito a um objeto.

Conforme Moscovici (2012, p. 34, 37), as representações possuem duas funções. Elas *convencionalizam* os objetos, pessoas e acontecimentos que se encontram, dando-lhes uma forma definitiva, as localizam para uma determinada categoria e, aos poucos, as estabelecem como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. E também são *prescritivas*, no sentido de que elas são transmitidas e impostas sobre nós e são derivadas de uma sequência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo, resultado de sucessivas gerações.

A ideia da ligação fundamental entre o coletivo e o individual, entre o presente e o passado, entre o conhecido e o desconhecido permeiam a teoria das representações sociais. Para tanto, Moscovici argumenta que “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade” (MOSCOVI, 2012, p.54), de maneira a transformar o abstrato em concreto e normal, recriando e transformando a realidade. Ressalta ainda, que a tensão básica existente entre o familiar e o não familiar está sempre presente nos universos consensuais e nas dinâmicas das relações, em favor do primeiro.

Numa representação social, deve-se sempre tentar descobrir a característica não familiar que a motivou, que esta representação absorveu. A familiarização é sempre um processo construtivo de *ancoragem* e *objetivação*, por meio do qual o não familiar passa a ocupar um espaço dentro de nosso mundo familiar. Para isso, é necessário compreender o funcionamento desses dois mecanismos pelos quais as representações sociais são criadas (MOSCOVICI, 2012).

A ancoragem é um processo que faz o desconhecido conhecido, trazendo-o para uma esfera conhecida do nosso sistema particular de categorias, para que possamos interpretá-lo e compará-lo com um paradigma de uma categoria mais

apropriada. Aos poucos, portanto, as ideias estranhas se tornam ideias conhecidas e parte dos quadros coletivos de referências de uma sociedade. Em suma, ancoragem significa que novas ideias ou fenômenos estão relacionados a um contexto bem conhecido (HÖIJER, 2011; MOSCOVICI, 2012).

De fato, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. Assim, Moscovici (2012, p.62) destaca que “representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes”, para formar opiniões, ou seja, interpretar as características, intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, sem, contudo, rotulá-las.

A objetivação é um mecanismo que transforma um objeto abstrato, ou um fenômeno estranho em concreto, em mais conhecido. Objetivar é reproduzir um conceito em algo imagético (figurativo) e essa “materialização de uma abstração é uma das características mais misteriosas do pensamento e da fala” (MOSCOVICI, 2012, p. 71).

A concretude dos elementos desse processo psíquico depende de sua capacidade de traduzir situações comuns que são concebidas, pela sociedade, como uma realidade social ou como paradigmas mais atuais. A objetivação, segundo o mesmo autor, é um processo mais ativo do que a ancoragem, que ocorre quase que automaticamente cada vez que somos confrontados com novos fenômenos. Transformar uma ideia estranha em uma realidade concreta exige mais esforço.

É dessa forma, ancoragem e objetivação, que as representações se formam e se mantêm, e Moscovici (2012, p.78) ainda acrescenta que esses dois processos são maneiras de lidar com a memória:

A primeira (ancoragem) mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda (objetivação), sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Logo, pode-se dizer que as representações sociais estão permeadas pelos preconceitos, convenções, cognições, motivações, enfim, por nossas percepções e

pensamentos, constituindo um tipo de realidade, capaz de influenciar o comportamento do indivíduo participante dessa realidade.

Para Jodelet (2001), a representação social possui como característica notória, a forma de conhecimento do senso comum, socialmente partilhada e elaborada, que propicia a construção de uma realidade comum aos indivíduos pertencentes a um grupo social. É um sistema de interpretação dos processos cognitivos e das interações sociais que orienta e organiza as condutas e as comunicações sociais. A autora ainda enfatiza que ao se estudar as representações sociais, devem-se buscar meios de articulação entre os mais diversos elementos, como os afetivos, sociais e mentais, considerando sempre a cognição, a linguagem e a comunicação.

Na mesma concepção, Abric (2001) afirma que as representações sociais exercem papel fundamental na dinâmica das relações sociais e práticas, uma vez que elas respondem as funções de saber, que permitem compreender e explicar a realidade; as funções identitárias, que definem a identidade do grupo e permitem proteger sua especificidade; funções de orientação que guiam os comportamentos e as práticas e; por fim, as funções justificatórias, que permitem justificar as tomadas de posição e comportamento.

Assim, pode-se concluir que uma representação

É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social (ABRIC, 2001, p. 156).

Desse modo, estudar as representações sociais no universo dos profissionais de saúde da APS é buscar evidenciar o contexto em que os participantes estão inseridos, bem como suas reações, condutas e práticas adotadas e compartilhadas subsequentes a essa realidade, tendo em vista o objeto estudado, constituindo por isso, afirmativa simbólica de pertença e identidade.

3.2 O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem social da pesquisa qualitativa. Essa abordagem aplicada à saúde não busca estudar o fenômeno em si, mas entender as opiniões subjetivas, o universo dos significados que compõem o senso comum coletivo, construtor de uma realidade social, que podem ser descritos e analisados (CHIZZOTTI, 2008; TRIVIÑOS, 2013; TURATO, 2005).

Além disso, a abordagem qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às crenças, aos hábitos, aos valores e às atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012). Permite também, desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos (MINAYO, 2013).

Sendo assim, a adoção desse método proporcionou uma abordagem adequada à complexidade do objeto em estudo, uma vez que aproxima o conhecimento do princípio da equidade e sua prática cotidiana pelos trabalhadores de saúde no cuidado aos portadores de DST, a partir do estudo das representações sociais elaboradas por esses trabalhadores da ESF.

3.3 O CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário de investigação deste estudo foram as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Viçosa, situado na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais. Segundo o último censo demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2015), o município tem uma população de 77.318 habitantes, sendo existente uma população flutuante de aproximadamente 20.000 pessoas, composta principalmente de estudantes universitários da UFV e de outras quatro Instituições de Ensino Superior, o que

acentua o caráter educacional da cidade. Sua população é predominantemente urbana, mais de 92%.

Viçosa pertence à Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova, localizada na região ampliada de saúde Macro Leste do Sul. Conforme informação da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, o município tem 65,45% da população total com cobertura de atendimento pela ESF, mediante a atuação de 17 equipes de Saúde da Família e 14 UAPS que funcionam na lógica da ESF (Anexo B).

O atendimento odontológico é realizado em nove UAPS com 57,68% de cobertura. Os outros 42,32% são atendidos em um serviço de referência – Centro de Atenção à Saúde Bucal (CASB), conforme a oferta de atendimentos.

Em relação aos pontos de atenção secundários *municipais* que compõem a rede de atenção em saúde de Viçosa destacam-se: a Policlínica que oferta os serviços de pediatria, ginecologia, urologia, ortopedia, nutricionista, endocrinologia, cardiologia, fonoaudiologia, neurologia e clínica geral; o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); a Unidade de Atendimento Especializado que realiza assistência aos portadores das DST específicas - HIV, HV, tuberculose, além de realizar teste rápido para Sífilis e HIV; o CASB e o Centro de Especialidades Odontológicas (atendimento de endodontia, periodontia e portadores de necessidades especiais) que atendem o município de Viçosa e também a microrregião.

Os pontos de atenção secundários *estaduais* são o Centro Viva Vida (CVV) que atende de forma especializada mulheres, gestantes e crianças, além dos portadores de DST de difícil manejo na APS; o Centro de Atenção Secundária em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) e o Consórcio Intermunicipal com serviços de dermatologia, psiquiatria, neurologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, gastroenterologia, cardiologia e infectologista.

No que concerne aos pontos de atenção terciários, Viçosa é composta por dois hospitais: Hospital São Sebastião e Hospital São João Batista.

Optou-se por focalizar a APS por compreender que esta é considerada a porta preferencial de acesso do cidadão às ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, além de coordenar e organizar o cuidado em saúde continuado a toda a população, o que inclui os portadores de DST em específico. Ademais, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da

humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012a).

3.4 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para os autores Minayo, Deslandes e Gomes (2012, p. 48), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. O “universo em questão não são os sujeitos em si, mas suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes”. O definidor de relevâncias, muitas vezes está no conteúdo das falas de apenas um ou de poucos interlocutores. Para tanto, Minayo (2013) ressalta que uma boa seleção dos sujeitos a serem incluídos na pesquisa possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Desse modo, participaram do estudo vinte trabalhadores de saúde de nível universitário dentre enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, que atuam na ESF, envolvidos diretamente no cuidado em saúde dos portadores de DST.

Não foi definido, *a priori*, o número de entrevistados, pois como Glaser e Strauss (1967) enfatizam, na amostragem teórica, as decisões relativas à seleção dos sujeitos são tomadas no decorrer do processo da coleta e de interpretação dos dados, uma vez que a interrupção da amostragem, ou seja, a saturação ocorre quando os dados adicionais não mais representam uma promessa de novos conhecimentos.

A nova política de saúde, com o Decreto nº 7.508 de 2011, exige um profissional adequado à consecução dos princípios do SUS na prática clínica, o que excede a prestação de serviços junto a ações voltadas para a cura e a reabilitação. Moretti-Pires e Bueno (2009) afirmam que essa exigência, na APS, não se refere apenas aos agentes comunitários de saúde, mas, notadamente, às categorias tradicionais, como a enfermagem, e também as de cunho liberal, como a medicina e a odontologia. Assim, a escolha das três categorias profissionais dos participantes deste trabalho pautou-se na necessidade de estudos que realizem a análise dessas

profissões conjuntamente, uma vez que é assim que se devem articular no cerne do processo de trabalho da ESF.

Somente foram incluídos no estudo, os profissionais que aceitaram participar voluntariamente em todos os momentos do mesmo, certificado por meio de suas assinaturas no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B), assim como aqueles que não estiveram de férias ou licenciados durante o período da coleta de dados.

3.5 APREENSÃO DAS INFORMAÇÕES

O início da apreensão das informações ocorreu após a autorização do representante da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa para a realização dessa pesquisa nas UAPS (Apêndice A) e do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o nº 965.414 de 24/02/2015 (Anexo A), atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Em seguida, foi realizado um levantamento do quadro dos profissionais médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros que trabalhavam na APS do município, por equipe de saúde e também por UAPS, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, no Departamento de Rede de Atenção (Apêndice D). Após o levantamento dos possíveis participantes do estudo, efetuou-se um primeiro contato, via telefone, com a UAPS de referência do profissional, para possível agendamento prévio da entrevista, que orientada por um roteiro semiestruturado (Apêndice C) seria, posteriormente, gravada e transcrita na íntegra.

Esse roteiro, elaborado com algumas questões de cunho norteador, permite uma flexibilidade nas falas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor, conforme seus pensamentos e suas experiências, além de desvendar condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos e de transmitir as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais peculiares (MINAYO, 2013).

Nesse primeiro contato com o profissional, antes de iniciar a entrevista, foi apresentado o projeto, os objetivos da pesquisa, sendo assim solicitada sua

participação como voluntária, a autorização para a gravação da entrevista e assinatura do TCLE, elaborado conforme as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Nessa mesma ocasião, ao participante do estudo foi orientado quanto à interrupção de sua participação a qualquer momento caso desejasse, sem que houvesse qualquer prejuízo à sua pessoa. Além disso, foi assegurado o anonimato aos mesmos, quando da divulgação dos resultados.

Os profissionais foram muito receptivos à presença da pesquisadora. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e junho de 2015. Cada entrevistado recebeu um pseudônimo criado pela pesquisadora para identificação dos seus relatos. Convenciou-se, então, identificar pela sigla ENF os depoimentos advindos dos enfermeiros, pela sigla MED aqueles procedentes de médicos e pela sigla DENT aqueles oriundos dos cirurgiões-dentistas. Os números arábicos indicam a ordem de realização das entrevistas por categoria profissional.

Importante ressaltar que, conforme Abric (1994) e Sá (1998), a coleta de dados por meio de entrevistas ainda se concebe como um método indispensável em qualquer estudo sobre representações sociais e o material discursivo deve ser produzido pelos sujeitos da forma mais espontânea possível. Para tanto, os questionamentos contidos no roteiro para que pudéssemos acessar as representações elaboradas pelos sujeitos foram:

- De quais princípios do SUS você se recorda?
- O que você pensa sobre o princípio da equidade no SUS?
- Como você realiza o cuidado ao portador de DST em seu trabalho na ESF?
- Como você vê a equidade no seu cuidado em saúde para os portadores de DST na Estratégia de Saúde da Família?

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES

Para a organização e análise sistemática das representações obtidas, tomamos como base o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011). Assim sendo, a autora designa sob o termo de análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p.48).

De acordo com Bardin (2011, p. 48) essa abordagem “tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração”, partindo da correspondência entre os fatores que determinam suas características - as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados.

Entende-se, pois, que a análise de conteúdo diz respeito às variadas inferências que podem partir do conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., relativas à situação de comunicação ou mesmo a um determinado contexto de produção da mensagem, por meio de um mecanismo de dedução. Ou seja, a informação surge de uma apreciação objetiva da mensagem para realçar um sentido que figura em segundo plano (BARDIN, 2011). Para tanto, a análise de conteúdo mantém-se como uma referência útil e relevante para o tratamento de pesquisas sobre representações sociais (SÁ, 1998).

O objeto da análise de conteúdo é a fala, isto é, o aspecto individual e em ato da linguagem. Esse método “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 2011, p. 50). Em vista disso, Triviños (2013) alerta sobre a importância de ter a mensagem escrita. Por isso a fidedignidade das transcrições das falas. Os discursos impressos no papel são mais estáveis para interpretar e constituem um material objetivo que pode ser consultado todas as vezes que se fizerem necessárias.

Minayo (2013) acrescenta que buscar a compreensão dos significados no contexto das falas é ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, por meio da inferência, uma interpretação mais aprofundada das significações. Desse modo, a análise de conteúdo implica em uma maior abrangência para a percepção da elaboração das representações sociais, nas quais buscamos obter os significados manifestos e latentes presentes nos discursos.

Dentre as modalidades de análise de conteúdo, a análise temática foi a escolhida como mais apropriada para o estudo, uma vez que apoio-me na definição de Minayo (2013, p.316) quando diz que a “análise temática consiste em descobrir

os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Assim, considera-se que a “noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto que comporta um emaranhado de relações, podendo ser apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo” (SILVA, 2004, p. 50).

Portanto, foram seguidas, cronologicamente, as três etapas propostas por Bardin (2011):

A *pré-análise* que consistiu na organização, propriamente dita, do material para tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais e seus significados gerais. Nesta primeira fase, realizou-se uma leitura flutuante, na qual houve o contato com os documentos a serem analisados, conheceu-se o contexto e deixaram-se fluir impressões e orientações. Prosseguiu-se à delimitação do *corpus* da investigação, ancorada nas normas de validade qualitativa como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Após esse procedimento foi feita a *exploração do material* por meio de um estudo aprofundado do *corpus*, orientado, em princípio, pela hipótese e objetivos do estudo, na tentativa de se alcançar o núcleo de compreensão dos textos transcritos e identificá-los quanto à sua semelhança. Consecutivamente, o processo de codificação foi realizado com o software OpenLogos⁴, um gerenciador de dados textuais desenvolvido para auxílio à análise de dados não estruturados (CAMARGO JÚNIOR, 2000). Foram consideradas como unidades de registro as frases dos discursos transcritos dos participantes que conduziram à formulação dos seguintes temas: princípios do SUS; equidade; equidade na prática profissional; necessidades de saúde; cuidado em saúde ao portador de DST; equidade no cuidado ao portador de DST; acesso e rede de atenção. Esses temas sinalizaram, de forma mais sistemática, a classificação dos dados e a elaboração de categorias relevantes para a questão em estudo, que se seguiram por ordem.

Finalmente, prosseguimos com o *tratamento dos resultados obtidos e interpretação* em que a leitura do material alcançou sua maior intensidade, com intuito de permitir a imposição de relações, de inferências e de interpretações da

⁴ Software gratuito, de código livre e aberto, desenvolvido por Kenneth Rochel Camargo Júnior, no Brasil. Disponível em: <<http://openlogos.sourceforge.net>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

pesquisadora, inter-relacionando-as aos objetivos do estudo ou criando novas dimensões teóricas e interpretativas, sustentadas cientificamente.

Desse modo, a partir das técnicas de análise descritas, pretendeu-se identificar os conteúdos e a estrutura das representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre o princípio da equidade ao cuidar dos portadores de DST na atenção primária. Para analisar as representações dos participantes do estudo sobre essa temática, nominamos, por meio da análise das entrevistas, as seguintes categorias temáticas:

- Os princípios do SUS nas representações dos trabalhadores da ESF;
- Representações sobre a equidade no SUS e no trabalho cotidiano em saúde;
- Necessidades de saúde e a equidade no cuidado ao portador de DST;
- Conexões e fluxos da rede de cuidado em saúde ao portador de DST.

A discussão dos resultados foi aprofundada com base em recortes de trechos selecionados das entrevistas, considerados mais significativos, para ilustrar o sistema interpretativo adotado neste estudo.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seguir, apresentamos os dados de caracterização dos participantes do estudo coletados nas entrevistas, com o intuito de permitir uma análise mais contextual e integral do grupo, o que auxiliará na compreensão do conteúdo e da estrutura das representações por eles elaboradas.

Categoria	Idade	Sexo	Sit. Conjugual	Religião	Tempo de formação	Tempo de trabalho na ESF	Turno de trabalho na ESF	Vínculo trabalhista	Pós-Grad. ESF/SC	Treinament. DST
ENF1	30	F	Divorciada	Evangélica	6 anos	2 anos	40h	Contrato	Sim	Não
ENF2	42	F	Casada	Católica	4 anos	4 anos	40h	Contrato	Sim	Não
ENF3	32	F	Solteira	Católica	7 anos	5 anos	40h	Contrato	Sim	Não
ENF4	31	F	Casada	Espírita	8 anos	8 anos	40h	Contrato	Sim	Não
ENF5	32	F	Casada	Católica	10 anos	6 anos	40h	Contrato	Sim	Não
ENF6	46	F	Casada	Católica	6 anos	4 anos	40h	Contrato	Sim	Não
ENF7	37	F	Casada	Católica	6 anos	4 anos	40h	Contrato	Sim	Não
ENF8	31	F	Casada	Católica	6 anos	4 anos	40h	Contrato	Sim	Não
MED1	35	F	Casada	Não	10 anos	10 anos	32h	+ Médicos	Sim	Sim ^{****}
MED2	28	F	Casada	Católica	8 meses	8 meses	40h	Contrato	Não	Não
MED3	45	F	Casada	Evangélica	11 anos	11 anos	32h	+ Médicos	Sim	Sim ^{****}
MED4	53	M	Casado	Não	29 anos	29 anos	32h	+ Médicos	Sim	Sim ^{****}
MED5	29	M	Solteiro	Não	6 anos	3 anos	32h	PROVAB	Sim ^{***}	Sim ^{***}
MED6	38	M	Casado	Espírita	14 anos	11 anos	40h	Contrato	Sim	Sim ^{***}
MED7	66	F	Casada	Não	42 anos	10 anos	40h	Contrato	Não	Sim
DENT1	37	F	Casada	Católica	14 anos	7 anos	40h	Contrato	Sim	Não
DENT2	43	F	Casada	Católica	10 anos	10 anos	40h	Contrato	Sim	Não
DENT3	38	F	Casada	Católica	10 anos	5 anos	40h	Contrato	Não	Sim
DENT4	54	M	Casado	Não	33 anos	10 anos	40h	Estatutário	Sim	Sim
DENT5	58	F	Casada	Espírita	32 anos	15 anos	40h	Contrato	Sim	Sim

Quadro 1. Caracterização social e profissional dos participantes do estudo (n=20)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: ESF: Estratégia de Saúde da Família; SC: Saúde Coletiva; PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Refere-se a cursos de aperfeiçoamento em DST com carga horária de até 40 horas e que ocorreram há mais de quatro anos. **Curso de Aconselhamento e Testagem, na residência em Medicina de Família e Comunidade e Curso de Abordagem Sindrômica, na graduação. ***Cursando Especialização em Saúde da Família vinculada ao PROVAB. **** Curso de treinamento em DST com duração de três meses em Cuba.

De acordo com esses dados, ressaltamos que em relação à categoria profissional, dos vinte entrevistados, oito (40%) eram enfermeiros, sete (35%) médicos e cinco (25%) cirurgiões-dentistas.

Do total dos participantes, 12 encontravam-se na faixa etária de 28 a 38 anos, quatro na faixa de 39 a 49 anos e quatro na faixa dos 50 a 66 anos. A idade média dos entrevistados foi de 40 anos, com mediana de 37,5 anos, sendo a maior idade de 66 anos e a mínima de 28 anos.

Em relação ao sexo, 80% eram do sexo feminino. Quanto à situação conjugal, 17 informaram serem casados, 02 solteiros e 01 divorciado.

Quanto à religião, dez dos participantes afirmaram serem católicos, dois evangélicos, três de orientação espírita e cinco referiram não praticar qualquer mediação religiosa.

No que se refere ao tempo de formação acadêmica, apenas um participante apresentava tempo inferior a um ano, sendo que 60% do total dos entrevistados possuíam de 4 a 10 anos de formação e os demais, de 11 a 42 anos.

O tempo mínimo de atuação profissional dos entrevistados na ESF foi de oito meses e o máximo de 29 anos, visto que a maioria (75%) afirmou trabalhar nesse ponto de atenção à saúde por 4 a 11 anos.

Quanto aos aspectos trabalhistas, exceto os profissionais entrevistados vinculados ao Programa Mais Médicos (3) e ao PROVAB (1), todos os demais possuíam carga horária de 40 horas semanais. Somente um profissional afirmou vínculo empregatício sob o regime estatutário, sendo o restante contratados para prestação de serviços por tempo determinado.

Dentre os participantes, 85% eram pós-graduados em Saúde da Família ou Saúde Coletiva e 45% fizeram algum treinamento para DST durante a sua formação e/ou carreira profissional. Esses dados demonstraram a busca dos participantes do estudo pelo aperfeiçoamento da prática profissional em áreas do conhecimento necessárias para a implementação e consolidação da proposta preconizada pela ESF.

Para abranger a proposta deste estudo, daremos seguimento à análise das categorias eleitas. Desse modo, iremos traçar uma discussão sobre as representações sociais dos profissionais de saúde entrevistados partindo de seus conhecimentos sobre os princípios do SUS, perpassando o princípio da equidade por meio da compreensão de seu conceito, bem como de suas vivências e condutas

em saúde no cuidado ao portador de DST ancoradas na equidade. Ao final, serão apontados o universo simbólico que envolve as concepções dos participantes sobre as barreiras e fragilidades da equidade no cenário profissional, no que tange às conexões e fluxos da rede de cuidado em saúde ao portador de DST.

4.2 OS PRINCÍPIOS DO SUS NAS REPRESENTAÇÕES DOS TRABALHADORES DA ESF

Na temática que diz respeito aos princípios do SUS, analisamos as representações elaboradas pelos profissionais sobre quais princípios do SUS eles se recordavam. Essas foram apresentadas e agrupadas conforme os princípios aos quais remeteram. Dessa forma, seguem os recortes que se referem aos princípios doutrinários e também aos organizativos:

Da equidade, da universalização do acesso, da integralidade, de acolhimento. [...] Eu me lembro mais desses, da universalização do acesso... acho que é o vínculo que a gente tem que ter com a comunidade, a equidade, a integralidade... (DENT1).

Equidade, integralidade, universalidade... eu acho que são esses três... os básicos, né? Deve ter mais... sem ser os básicos! Risos... (ENF5).

Universalidade [...] ai gente eu estudei o SUS tanto! É... acesso, equidade, integralidade. [...] Eu acho que é o direito dele usar o SUS, o direito dele ser tratado igual como todos, independente de classe social, de poder aquisitivo, e de que ele possua alguma patologia, ele possui esse direito igual. Ele tem o direito de ser tratado integralmente, em todo o seu ciclo de vida, em fases diferentes, em períodos diferentes. Deve ter mais algum, mas se resume nisso. Que eu acho que são os principais... (DENT3).

Equidade... universalidade... e aquele que pega como um todo o indivíduo... inte... integralidade. [...] Os que eu me lembro são só os três. (ENF1).

Integridade... equidade e universalidade... É isso mesmo? (ENF2).

Equidade, uni... universalidade, e... qual é o último... integralidade! (ENF3).

Olha, me recordo da universalidade, da integralidade, da própria equidade... da participação popular, da hierarquização ou da descentralização, se a gente pudesse colocar assim. Esses são os cinco principais que eu me lembro. Que eu trago muito assim, na mente. Os três primeiros da universalidade, integralidade e equidade, como princípios básicos, talvez e a participação popular, a hierarquização como princípios mais organizativos, para que o SUS realmente possa acontecer. São esses que eu me lembro

mais! Não estou conseguindo pensar em outros não e nem sei se estão faltando alguns. (MED6).

Mas recordo, que aqui falavam que este sistema universal de saúde é o princípio de [...] equidade. [...] Que anteriormente [...] estava centralizado o sistema de saúde, agora é ampliado a toda população, ou seja, a [...] universalização de todo sistema de saúde da população, não somente uma parte. E aí é o princípio da [...] igualdade, equidade, do sistema único de saúde. [...] Pensamento ampliado a toda a população. [...] Não sou eu a saúde, eu sei [...] que um problema de saúde não tem relação somente com a saúde e sim com todos os demais setores de um município e da sociedade. [...] Esse, forma um princípio da intersetorialidade. Que não somente um setor que deve estar envolvido, senão muitos setores: [...] setor de alimentos, setor de educação... (MED3).

Universalidade, que eu acho que é um princípio fantástico. Que é um princípio inclusive constitucional, [...] universalidade das ações, né? É... a equidade.[...] A hierarquização é um princípio. [...] Agora não estou mais me recordando de princípios... descentralização... que é uma outra característica, que é importantíssima porque foi de onde surgiu, que veio uma questão mesmo política da Constituição de 88, que descentralizou as ações, e aí a saúde foi também descentralizada, foi municipalizada. [...] A regionalização que é uma coisa que eu concordo que é um deles também, trouxe a administração da saúde, para mais próximo do cidadão, pois o cidadão antes dele estar no país, ele está no município. [...] Então o que eu me lembro é isso! Assim que eu possa te falar de cabeça. (DENT4).

Na realidade é o atendimento universal para todos. Mas como eu já falei, eu acho que isso é só promessa, porque na prática não existe nada disso. [...] O SUS promete muita coisa e não cumpre. [...] A realidade é uma coisa completamente diferente do que o governo se propõe, e do que eles informam para os estudantes em medicina de saúde da família. [...] Então isso... a rotina do governo é essa – prometer as coisas e não cumprir e nós temos que viver nesse paradoxo, sabe? (MED7).

Verificamos que, em suas representações, alguns profissionais entrevistados revelam o conhecimento, principalmente, dos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Porém, cabe destacar que o princípio da universalidade esteve presente sobremaneira nos discursos. Os participantes o expressam como um direito à saúde que pode ser usufruído por todas as pessoas, com acesso aos serviços e ações, independente de qualquer condição ou pagamento. Contudo, não fazem alusão à garantia desse acesso por um Estado democrático de direitos.

No entanto, um profissional, em sua fala, faz uma crítica ao não cumprimento da responsabilidade do Estado em garantir o direito à saúde para a população, por vivenciar em sua atividade profissional, o princípio da universalidade de forma diferente do que está constitucionalmente estabelecido. Para ele, o que está escrito na lei não necessariamente acontece, é apenas promessa de governo.

O relatório final da 8ª CNS definiu que:

O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 1986, p.4).

Subsidiada por essa Conferência, a Constituição Federativa do Brasil reza que deve o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1988). Para Mattos (2009) o texto constitucional traz dois sentidos para universalidade: um geral, expresso na ideia de que todos têm o direito à saúde e, o segundo, restrito ao acesso às ações e serviços. Posto isto, reconhece-se a universalidade do direito à saúde, mas também a obrigação do Estado em promover políticas econômicas e sociais para garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde, o que excede às políticas de saúde.

Diante do reconhecimento do direito à saúde pelos profissionais entrevistados, podemos inferir que essas representações sinalizam um horizonte para os mesmos no que tange à possibilidade de ser um estímulo à priorização das ações de saúde para responder a esse direito social instituído. Apesar de que, como Viegas e Penna (2013, p. 182) mesmo afirmam, “o SUS possível hoje é aquele que se encontra no funcionamento cotidiano dos serviços de saúde” e, mesmo com seus avanços significativos desde a década de 90, ainda está longe de corresponder às concepções do SUS legal.

Outros participantes não se recordavam de nenhum princípio do SUS, como pode ser visto nos recortes das representações:

Falando assim... eu já, eu já li, assim, já estudei alguma coisa na época de... de... epidemiologia, sobre os princípios do SUS, esses negócios... (MED5).

Princípios? Se eu falar que sim, vou falar mentira. Não me recordo de nenhum. (MED1).

Recordar agora, (risos), não lembro! Tem muito tempo já! (DENT2).

Isso aí eu não vejo oh (estala os dedos)... a gente não tem aula disso! A gente do PSF não tem nada disso. A gente (médicos) não sabe nada disso! [...] A gente entra e pronto! (MED2).

Mas os princípios seriam os princípios da igualdade, da... equidade, é... fugiu! Vou ficar te devendo... (ENF6).

Observamos que esses profissionais entrevistados não recordavam dos princípios do sistema de saúde em que estão inseridos. Hipoteticamente deveriam conhecer, pois considerando que o tempo de formação deles apresenta-se em torno de oito meses a dez anos, pode-se inferir que estes foram submetidos a uma formação profissional sob uma lógica vinculada aos preceitos do SUS, ou pelo menos, deveriam ter sido.

Este fato nos chama atenção, uma vez que do ponto de vista legal, o art. 27, da Lei 8.080/90 reconhece que “os serviços públicos que integram o Sistema de Saúde constituem campo de prática para ensino e pesquisa” com finalidade de ordenamento e incremento da formação dos recursos humanos para a saúde. Somado a essa iniciativa, Cavaleiro e Guimarães (2011) enfatizam que a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2001, agregando trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, bem como a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde (Pólos de Educação Permanente; AprenderSUS; VerSUS; Pró-Saúde e as Residências Multiprofissionais), vem somando esforços para a mudança em torno dessa formação com o propósito de atender à demanda do SUS.

O profissional de saúde no SUS tem a função de participante no planejamento, execução e avaliação das ações. Logo, conhecer as bases conceituais e filosóficas do SUS, faz-se necessário para estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade, condizente com seus preceitos legais, numa lógica de produção social da saúde.

Martins et al. (2009) apontam que fatores como o perfil inadequado; a forma de contratação sem requerimento de conhecimentos específicos sobre o sistema de saúde; os cursos e programas desenvolvidos para os trabalhadores desarticulados entre si e restringindo-se a questões técnicas, desestimulam os profissionais a refletirem sobre sua atuação no sistema de saúde no qual estão inseridos.

Ademais, e não menos importante, a formação profissional da área da saúde no Brasil ainda defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos no serviço público de saúde e, geralmente sem integração entre teoria e prática. Ceccim e Feuerwerker (2004) evidenciam ser consenso, que a formação de profissionais para a saúde deveria ser orientada com a finalidade de formá-los para o SUS, porém ela tem se mostrado distante da necessidade de promover uma educação baseada em seus princípios e diretrizes.

Segundo Cavaleiro e Guimarães (2011), faz-se necessário que as universidades, particularmente nos cursos da área da saúde, oportunizem a ampliação e o aprofundamento das discussões sobre a formação profissional, por meio da integração ensino-serviço, considerando a realidade local e a participação ativa desses atores.

Logo, as representações dos participantes nos remetem a reflexões que partem do questionamento sobre o distanciamento existente entre o conhecimento dos princípios norteadores do SUS e a práxis de sua consolidação. Pode-se dizer que a relação entre a consolidação do sistema, a formação e o exercício profissional em saúde mostra-se decisiva, uma vez que a construção de iniciativas e ações transformadoras das práticas historicamente hegemônicas dependem, intrinsecamente, de como o profissional compreende todo esse contexto.

Nos discursos dos participantes ainda se constata representações cristalizadas sobre os princípios do SUS, na perspectiva de que o texto constitucional é conhecido, mas não apreendido no cotidiano do processo de trabalho como orientador das práticas. Os profissionais entrevistados não estão plenamente imbuídos dos sentidos e competências políticas e humanistas desses preceitos legais, que os possibilite avançarem na produção da saúde. Ou seja, as representações sobre os princípios do SUS para os entrevistados, não ultrapassa o caráter superficial do conhecimento, o que resulta em baixa responsabilidade e empoderamento destes para o processo de mudança no ordenamento do sistema.

4.3 REPRESENTAÇÕES SOBRE A EQUIDADE NO SUS E NO TRABALHO COTIDIANO EM SAÚDE

Essa categoria, sob a temática do princípio da equidade, abordará as representações elaboradas pelos profissionais quanto ao conceito normativo ou teórico sobre equidade e sua interface com o trabalho cotidiano em saúde, evidenciando a relação entre a polissemia de interpretações atribuídas a esse princípio e o que de fato tem-se apresentado na prática diária desses profissionais em relação às demandas e/ou necessidades de saúde dos usuários de forma geral.

4.3.1 O olhar dos profissionais sobre a equidade

Essa unidade inclui os discursos que se referem à temática da concepção do princípio da equidade. Em suas representações, os participantes mostram um conhecimento desse princípio remetendo-o à ideia de igualdade de atendimento em saúde, embora fundada nas diferenças de cada pessoa, como se pode constatar:

Então, na verdade a equidade, eu acho que é você... que as pessoas são diferentes. [...] Você não pode discriminar a pessoa. [...] As pessoas têm que ser tratadas de forma igual, porém ela tem a sua peculiaridade... Tratar um diferente, igual... é difícil a gente assim, denominar... (DENT1).

Eu acho que é igualdade. Tem muito a ver com igualdade. Falar assim, o que é, no dicionário, eu não vou me lembrar não. Mas eu acho que equidade significa igualdade, é claro que cada um é igual ao outro, mas cada um tem suas particularidades. Então, o portador de necessidades especiais ele é igual ao não portador de necessidades especiais, mas eu vou tratá-lo de maneira diferente! [...] O acesso dele a mim, ao meu consultório é diferente, né? Tem todo um preparo, toda uma logística. (DENT3).

Na verdade a equidade, a gente tem que... tratar todo o indivíduo igual, de acordo com a necessidade de cada um. (ENF1).

Equidade [...] é tratar todo mundo como um todo, [...] cada um, da sua forma, com sua necessidade. (ENF7).

A equidade é você tratar as pessoas, é poder dar o atendimento igual para todo mundo, mas respeitando as diferenças. [...] Você tem [...] que dar informação para todos, mas cada um é diferente... (DENT4).

Eu acho que ainda bem que tem esse princípio, que quando a gente dá o direito para todo mundo, quer dizer que engloba todo mundo e todo mundo acha que tem o direito naquela hora e naquele momento, claro que isso é garantido. Mas, a partir do momento que dá ênfase ao problema da pessoa, você trata a pessoa com prioridade para ela tentar se igualar, aí que vem o princípio da equidade. Por isso que eu o acho importantíssimo, [...] porque você consegue tratar todo mundo igual, mas a preferência é para quem precisa. (ENF4).

A equidade é a gente tentar é... isso é uma coisa que eu falo até com os alunos, a equidade não é oferecer o mesmo para todos. É você oferecer mais, para quem está precisando de mais. [...] Geralmente é isso! (MED6).

Equidade para mim seria essa igualdade nos atendimentos. [...] O SUS é para todo mundo! Para todo mundo... ele não é diferente para ninguém! [...] Então equidade para mim é esse atendimento igual para todo mundo, independente de qualquer coisa, de raça, de situação econômica, essas coisas... é para todo mundo! E atender [...] ao mesmo tempo individual. Você eu atendo desta maneira, de acordo com suas necessidades. O outro tem outras necessidades. Equidade para mim é isso! (ENF6).

O conceito do princípio de equidade está intrinsicamente vinculado à igualdade para esses profissionais. No entanto, mais do que tratar todos de forma igual, a equidade, nas representações, ancora-se em noções genéricas de justiça, uma vez que tem sido entendida na perspectiva de aceitação das diferentes necessidades das pessoas e, por conseguinte, da oferta de ação proporcional a cada um, conforme suas demandas e necessidades específicas.

A palavra equidade, do ponto de vista semântico e etimológico, assemelha-se à igualdade podendo ser considerada como sinônimo, ou seja, numa acepção mais geral, a equidade também se refere à igualdade (COMTE-SPONVILLE, 2003). No entanto, é preciso ter clara a noção de que a equidade se associa de diversas maneiras à igualdade e, sobretudo, à justiça, por um lado, corrigindo o que a igualdade agride e, por outro, permitindo o que a justiça deve realizar (PESSALACIA; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011).

Em si tratando da relação entre os conceitos de justiça social e equidade, John Rawls (2003) propõe igualdade de oportunidades e também de distribuição de bens e serviços referentes às necessidades básicas, trabalhando com o pressuposto da finitude. Esse filósofo considera a equidade como uma desigualdade justa, em que o tratamento diferenciado entre as pessoas é aceitável quando baseado em necessidades individuais.

O tratamento justo, equitativo e apropriado à pessoa, em que a equidade foi tomada nos discursos desses profissionais, também remete ao termo de “justiça distributiva” na concepção aristotélica. Simboliza, pois, que do ponto de vista do princípio da universalidade ser relativo a todos, a equidade é um complemento indispensável a esse princípio, na medida em que seria uma espécie de retificação da lei onde esta se revela insuficiente em seu caráter universal. Assim, como assinala Sposati (1999, p.128):

A noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade.
Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença.
Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime.

A valorização das diferenças no campo da saúde expressa nas falas dos participantes deve ser ressaltada, pois vai ao encontro do que Margareth Whitehead (1991, p.7) reconhece ao fazer referência à teoria de justiça de Rawls, em que a

equidade em saúde implica a justa oportunidade que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter para desenvolver seu pleno potencial de saúde e ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo na prática.

Dessa maneira, as formas de tratar as desigualdades, a partir dos diferentes perfis que são delineados oriundos das necessidades de cada grupo, devem ser diversificadas como podemos observar no recorte da fala do profissional abaixo:

Equidade também é você propiciar os direitos que a pessoa tem. Direito ao entendimento. Você não pode chegar ao paciente: abra a boca! Ou então o médico, me deixa ver... olha... toma isso aqui! Você está prestando um desserviço! [...] O conhecimento dele ajuda à adesão ao tratamento. Isso é equidade! Eu vejo dessa forma. [...] Então a equidade está nisso, quer dizer, a gente vai ter que dar o que a pessoa precisa como cidadão, como paciente, como usuário, entendeu? A necessidade dele, não importa o grau de instrução. [...] A gente tem que ter essa noção que todos precisam da informação, do tratamento, da atenção, [...] de acordo com a característica emocional, pessoal, de educação, de cada um, entendeu? (DENT4)

Na fala desse participante, evidenciou-se um aspecto da equidade que parte de uma abordagem na perspectiva relacional, que pode ser pensada em termos psicológicos, culturais e sociais, em que a equidade é percebida como um conceito social e não individualista. Mooney (2014) chama a atenção para o fato de que quase todas as análises da equidade concentraram-se na assistência à saúde e não na saúde, não examinando, em sua maioria, as implicações dos determinantes sociais da saúde para a equidade.

Nesse sentido, faz-se mister uma distinção entre a equidade em saúde e a equidade no uso dos serviços, dado que suas determinações não são iguais. Na equidade em saúde, as necessidades em saúde são socialmente determinadas e transcendem o rol de ações oferecidas pelos serviços da área, estando associadas fortemente às desigualdades sociais. Quanto à equidade no uso dos serviços, a utilização dos serviços é influenciada pelo perfil de necessidade de cada grupo populacional e também, por fatores internos e externos ao setor que envolve tanto a prestação de serviços quanto às preferências e possibilidades do usuário (SENNA, 2002).

Quando se pensa no processo saúde-doença sob a ótica da diversidade cultural, os valores e as questões culturais que determinam as formas de

organização de um povo, seus costumes e tradição, influenciam o conceito de saúde dos usuários. Conforme Mooney (2014) e Fernandez (2014), a abordagem da diversidade cultural tem a possibilidade de ajudar a definir, em quais valores ou princípios a comunidade quer basear seu serviço de saúde e quais benefícios ela busca nesse serviço, visto que características ou fatores étnico-culturais podem estar relacionados à produção de desigualdades em saúde, o que expõe os segmentos da população a uma condição de maior vulnerabilidade.

Os discursos também demonstram que alguns entrevistados não possuem uma definição clara sobre o princípio da equidade e, por conseguinte, fazem alusão deste ao direito de todos terem acesso ao atendimento de forma igualitária, independente de suas demandas específicas, como nas representações que se seguem:

Equidade é que eu não sei, não lembro! [...] É até interessante pensar sobre isso, sabe? Mas eu acho que é a atenção indiscriminada, assim... direito à atenção a todos, independente... de classe social, de tipo de doença, eu acho que é...eu acho que sim...porque não falam que eles se misturam? (DENT5).

Equidade... eu acho que... é direito para todos? A saúde que é um direito para todos, dever do Estado, como é que é? Aquele negócio... eu não estou sabendo direito... diferenciar não. (ENF3).

Igualdade assim, para todo mundo! [...] Tem que ser tudo igual, para todo mundo! Eu acho que o princípio do SUS é bonito demais! Se funcionasse ali. O critério é muito bacana! Direito de todos! [...] Quando funciona é muito bacana. [...] A pessoa tem, a qualidade de vida dela melhora muito. Você tem um serviço de qualidade e não paga nada! É muito bom! (ENF8).

Eu acho que equidade... era a desigualdade social?... Acho que era isso, não é? Não lembro. Sinceridade! [...] Que é um direito de todos..., ele vem como um complemento nessa questão da desigualdade social, alguma coisa assim. Não lembro direito, vergonha, mas não lembro... risos... (ENF2).

Equidade é... todas as pessoas tem direito e dever de assistir a um Posto de Saúde. Eles têm esse direito. Não só um setor da população, não só o branco, não só o preto, não é o rico, não é o pobre. É o mesmo para todos! A mesma assistência, a mesma... não só o direito a assistir ao Posto de Saúde, e sim quando chega no Posto de Saúde a mesma atenção por parte da equipe de saúde de uma com o outro. Isso é o que eu entendo por equidade. (MED3).

Equidade... agora de cabeça não vou lembrar! [...] A palavra equidade deriva de... algo igual, né? Assim... é difícil... mas seria você abordar todo mundo de forma igual, uma coisa assim. Tratar todo mundo... não sei bem dentro do contexto do SUS qual que seria a... não me lembro direito. [...] Eu acho que seria isso. Seria abordar de forma... igual, equânime, os pacientes, as situações, da melhor maneira possível. Você fazer da melhor maneira possível igual para todas as pessoas... (MED5).

Ah equidade é... assim... é ser tudo igual, a gente tratar todas as pessoas iguais, né? Não ter diferença, nem ter distinção, nem de raça, nem de cor, nem de doença, nem ter preconceito... Pra mim é isso, assim, é tratar todos iguais! De forma mais igual possível! (ENF5).

No SUS? O tratamento igual para todos, né? O mesmo tratamento independente da condição econômica, social, etc. e tal. (MED7).

Esses recortes selecionados, nos quais a igualdade e a equidade foram entendidas como sinônimos, na ideia da universalidade de acesso e de atenção à saúde, trazem representações que condizem com a Constituição de 1988 e a Lei 8.080/90, em que o termo equidade não é mencionado e sim, o princípio da igualdade – igualdade na assistência e no acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, a igualdade é o princípio ético constitucional que prevalece no imaginário desses profissionais. Segundo Campos (2006), a partir da década de 90, o termo equidade ganha visibilidade política em documentos relativos a políticas e sistemas, mas, é somente na NOAS/2002 que esse termo se encontra expresso, porém não especificado.

Pinheiro, Westphal e Akerman (2005), em seu estudo sobre a análise da apropriação do conceito de equidade em saúde nos relatórios finais das IX, X e XI CNS, verificaram uma tendência da equidade ser compreendida como igualdade. O tratamento desse princípio é incompleto, não evidenciando grupos sociais vulneráveis e suas necessidades de saúde, o que denota uma resistência inicial à incorporação do conceito na elaboração e implementação de ações políticas, no sentido da garantia da efetivação do direito universal e equitativo à saúde.

Indiscutivelmente, o acesso universal aos serviços de saúde representa a conquista de um direito social para todos os brasileiros, porém o fato de tratar diferentes necessidades dos usuários de forma igualitária, desconsiderando a singularidade da existência humana, com suas características sociais, pessoais e econômicas, faz com que o princípio da equidade não seja alcançado (PENNA; BRITO; PORTO, 2007). A equidade introduz a ideia da diferença, ao passo que o ideal de universalidade tende a homogeneização e acaba por diluir as diversidades.

Outro aspecto presente nas representações dos profissionais foi a dificuldade de definir o que vem a ser equidade. É oportuno dizer que esse fato pode influenciar na questão enfrentamento das desigualdades em saúde, visto que, se o profissional

não possui clareza dos preceitos existentes nesse princípio, ele ficará limitado em permitir ao usuário o pleno desenvolvimento do seu potencial de saúde.

Dentro dessa concepção, Penna, Brito e Porto (2007, p.4) afirmam que:

A equidade deve ser uma constante na prática profissional, pois é por meio desta prática que surge a oportunidade de operacionalizar medidas a fim de reduzir as desigualdades, aumentar as oportunidades e melhorar as condições de saúde da população.

Sobre isso, Mattos (2009) acrescenta que um esforço de analisar as trajetórias das pessoas, suas vivências e dramas nas relações com os serviços e com os profissionais de saúde pode fomentar a criação de novos arranjos e novas práticas no campo da saúde. Para esse autor, garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros não é suficiente. É preciso que as práticas de saúde estejam fortemente voltadas para diferença como dado da realidade, tendo a equidade como princípio norteador.

4.3.2 A equidade sob a perspectiva da prática profissional

Nessa unidade, foram analisadas as falas que retratam a prática do princípio da equidade no cuidado em saúde realizado pelos participantes, considerando o modo como os profissionais respondem às demandas e/ou necessidades de saúde dos usuários, no cotidiano do trabalho. Assim, as desigualdades relacionadas à renda, educação, classe social, situação de saúde ou de vulnerabilidade, foram referidas como aspectos ordenadores para a condução do processo de cuidar sob a premissa da equidade em saúde. Como observado nos recortes abaixo:

A gente busca tentar trazê-los. [...] A informação que a gente passa para um, a gente passa para todo mundo. Mas tem aqueles que aceitam que assimilam e tem aqueles que não! Não adianta, não é uma condição só, uma condição política, uma condição social. Tem gente que eu mando passar fio dental que não tem nem escova, muito mais fio dental, entendeu? É um problema geral! Desde educação, até... a parte financeira. Porque como é que eu posso falar com a paciente "passa fio dental, faz isso, passa mais enxaguante..." se o paciente não tem nem o que comer! (DENT1).

Assim, a gente procura buscar mesmo o paciente, principalmente criança de escola, porque não tem a mínima condição, não tem a mínima! Eu visitava as casas lá eu ficava assim é... condições (sociais) assim, difíceis mesmo! Então a gente procura marcar dois dias para isso e o resto para atendimento clínico. Esse atendimento clínico, tanto criança, como adulto, gestante, hipertenso, diabético... (DENT2).

A educação é um negócio que promove a equidade. Quando você dá educação, as pessoas têm um grau de entendimento, elas aproveitam as informações, aproveitam o serviço. Mas a equidade, eu acho que falta... muito! É uma responsabilidade muito grande das cabeças que pensam. Entendeu? [...] Na saúde, [...] a prioridade é o grau de necessidade. Então é uma avaliação profissional. Eu vejo a necessidade de saúde é igual! Só que [...] há uma [...] diferenciação no grau de entendimento que a pessoa vai corresponder ao tratamento. Mas, do ponto de vista da necessidade de tratamento, é absolutamente igual. Eu procuro pegar esse que tem mais dificuldade de entendimento e higienização e tentar doutriná-lo um pouquinho mais na higiene, na prevenção, para ele poder ficar em igualdade de condição. (DENT4).

Tem aqui, às quintas-feiras elas são... de público. Mas é o público que a gente não fala que vai atender o público do diabético, o público do portador, porque assim você já está discriminando, né? Mas a quinta-feira é o público... é... especial, que é a gestante, é o idoso, é o hipertenso, porque eles têm preferência, eles não podem ficar aguardando muito tempo o tratamento. Que é o dia que tem menos gente também, então a gente faz com mais tranquilidade. Não é o dia de muito tumulto. Esse dia é o dia específico. (DENT3).

No caso de urgência, a gente passa na frente. Então eu trato todo mundo igual, à medida que vai chegando, eu vou marcando por ordem de chegada. Mas o que for um caso mais de urgência, que precisa mais, vai passar na frente. Então eu acho que este é um princípio que a gente usa também. (ENF1).

Agora tem paciente que se precisar eu peço para vir de seis em seis meses. Que eu vejo que ela está com o colo meio alterado e não dá nada... porque a gente manda para o ginecologista e para eles tudo está normal! (ENF5).

Pessoas com necessidades mais prementes, a gente tenta fazer o acesso ampliado. Que é um termo assim que a gente não consegue ainda fazer que é... não ter marcação. A pessoa procura a Unidade e a gente vai tentando atender na medida em que a gente conseguir. Se a gente viu que esgotou, que o horário está finalizando, [...] a gente às vezes marca para de tarde, ou então para o dia seguinte que ela pode retornar se não for uma coisa que precisa ser vista naquela mesma hora! Então [...] a gente tenta primar pelo acesso, para tentar garantir a equidade. [...] Então, por exemplo, alguém que mora aqui do lado do posto, e a gente vê que não é uma coisa para ser atendida naquele dia, a gente pede para pessoa voltar no dia seguinte. Mas alguém que é da microárea vulnerável [...] essa pessoa não vai voltar! Chegou aqui, a gente vai atendê-la hoje. Se não for agora de manhã, vai ser no máximo à tarde. É uma forma também que a gente tenta garantir o princípio da equidade. (MED6).

As diferenças entre os membros de uma população são sempre expressão da diversidade em sociedades, sejam elas solidárias ou injustas, o que diverge é o

tratamento dado a essas diferenças o que remete às regras de distribuição, aos critérios de justiça (BREILH, 1998; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Partindo dessa afirmação, notamos que os componentes da cadeia determinante das desigualdades em saúde apontados por Almeida-Filho (2010), tais como a disponibilidade de recursos sociais (renda, educação, etc.); a diversidade do modo de vida; a desigualdade em situação de saúde; bem como o acesso diferenciado, ou mesmo, preferencial no sistema de cuidado à saúde, se constituíram como diretiva à dinâmica das representações dos participantes sobre a operacionalização da equidade em seu exercício profissional.

É imperativo dizer que as condições de vida e de saúde da população afetam positiva ou negativamente a existência de cada indivíduo, o que nos leva a afirmar a constatação da presença do gradiente social em saúde, ou seja, de uma dimensão que não pode ser ignorada - da determinação social da saúde, ou mesmo, de suas desigualdades.

Em relação a essa dimensão, Almeida-Filho (2010, p.29) defende que:

A ocorrência de variação natural ou genética, expressa em diferenças individuais, derivadas da interação de processos sociais e biológicos, produz diversidade nos espaços coletivos sociais e desigualdades nas populações humanas. Por outro lado, estruturas sociais, processo políticos perversos e políticas de governo sem equidade geram desigualdades relacionadas à renda, educação e classe social, [...] correspondendo à injustiça social.

Whitehead (1991) classifica as desigualdades em saúde distinguindo critérios que as diferenciam como justas e injustas. Assim, com exceção das variações biológicas naturais ou genéticas, os critérios que envolvem condições de vida e de saúde definidas por fatores socioeconômicos ou de trabalho estressante e doentio; e o inadequado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais, podem ser considerados injustos devido a suas condições de evitabilidade.

Encontramos também nas falas, uma visão ampliada de alguns profissionais, uma vez que reconhecem os determinantes sociais da saúde como fatores balizadores de sua resposta às necessidades dos usuários atendidos. Quando os participantes tratam esta questão do ponto de vista de uma crítica reflexiva, no que diz respeito à repercussão desses fatores na vida dos indivíduos, percebe-se um

esforço inicial no sentido de conhecer com mais profundidade, para superar com mais efetividade esses determinantes, considerando as estruturas e os efeitos das desigualdades sociais no campo da saúde. Nesse contexto, Malta et al. (2004) destacam que a perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades torna-se essencial.

Carey, Crammond e De Leeuw (2015) em seus estudos, discutem sobre o “universalismo proporcional”, conceito introduzido na Inglaterra, o qual sugere que as ações de saúde devem ser universais, porém com uma escala e intensidade que é proporcional ao nível de desvantagem do indivíduo. Todavia, para esses autores, é consenso que as discussões teóricas sobre o universalismo proporcional ainda se mantêm muito gerais para serem utilizadas na prática com soluções mais adequadas. Não obstante, eles enfatizam que a segmentação de grupos de diferentes contextos sociais, com suas diversidades e diferenças, podem resultar, indiscutivelmente, em um equilíbrio adequado entre os princípios da igualdade e da equidade, quando focalizados na abordagem do gradiente social.

Alguns profissionais, em suas representações, tentam priorizar grupos vulneráveis, contudo o atendimento às necessidades destes se dá conforme uma visão biologicista do processo saúde-doença, característica do modelo médico hegemônico em detrimento a outros determinantes da saúde. Destarte, eles compreendem que praticar a equidade em seu processo de trabalho baseia-se na ênfase das ações curativistas aos casos de adoecimento, ou aos de encaminhamento para consultas especializadas.

Embora a ESF possua como objeto das práticas em saúde o “sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural” (BRASIL, 2006b, p.10), identifica-se que o trabalho em saúde permanece orientado, fortemente, pelo enfoque centrado na doença e na cura (SILVA, 2008). Feuerweker (2005) afirma que os programas em saúde efetivamente acarretam certo ordenamento das práticas de saúde e concomitantemente, criam uma sobrecarga de procedimentos obrigatórios. Essa realidade define e ao mesmo tempo restringe o repertório de ação dos profissionais, uma vez que desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para lidar com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e de adoecer.

De maneira paradoxal, a PNAB (2012a) sublima que a programação e implementação das atividades de atenção à saúde devem ser conforme as

necessidades de saúde da população, o que inclui o planejamento e organização compartilhada da agenda de trabalho dos profissionais, evitando a divisão desta segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias.

Para Silva (2008) um desafio para a ESF é trabalhar com áreas programáticas sem que estas sejam o seu único eixo de atuação. Quando a equipe de saúde possui uma focalização dos fatores de risco, ou mesmo quando se dá maior atenção à doença em detrimento do indivíduo, as ações programáticas podem impedir o cuidado integral, equânime, resolutivo, humanizado e dialógico.

Dessa maneira, diante do contexto da atual política de saúde em vigor, há de se refletir encontrar nos discursos dos profissionais, tal forma de abordagem no cotidiano dos serviços, pois até que ponto as “necessidades” ou “prioridades” de saúde não estariam sendo forçadas pela própria dinâmica do serviço, que não reconhecem o sofrimento que não esteja “rotulado” como doença.

Outro aspecto apontado nas falas, diz respeito ao rearranjo tecnológico do trabalho realizado pelos participantes na tentativa de oportunizar o acesso do usuário ao serviço. Observamos que, para propiciar um melhor acolhimento das pessoas, existe uma preocupação em desenvolver ações mais equitativas e menos normatizadas, com a garantia do atendimento médico à demanda espontânea, principalmente à população definida como vulnerável pela equipe.

Essa representação revela que o tratamento igualitário não pode ser o foco no que tange à produção em saúde. Sustentar a disposição de reconhecer e respeitar as diferenças dos outros, traduzindo esse respeito em ações e atitudes destinadas às necessidades de cada usuário, parece estar presente no imaginário de alguns profissionais. De acordo com Santos et al. (2012), abrir espaços para o primeiro acesso aos serviços e práticas de saúde em cada nova demanda e/ou necessidade do usuário deve ser uma característica intrínseca à APS.

Além disso, merecem destaque, as falas de alguns participantes no que tange à postura que o profissional de saúde precisa ter de escuta qualificada, de confiança e também de vínculo com o usuário, na tentativa de levantar as necessidades não centradas somente na doença, e alcançar a resolutividade dos problemas apresentados. Como se observa nos recortes que se seguem:

Muitos pacientes chegam, e eles falam, doutora aconteceu isto, e eu preciso fazer isto, e aí eu dou um jeito de fazer tudo para eles. O vínculo de

relacionamento é bastante bom e eu tento tirar muito proveito dele... (MED1).

Eu acho... que o médico, quando conhece, quando tem esta postura, de verdade, com sinceridade, de vontade de resolver a situação e dar essa confiança, pode ajudar muito o paciente. (MED3).

Nesses recortes, os participantes evidenciam suas forças mobilizadoras para o atendimento em saúde às condições “concretas” advindas dos usuários. Para além de segmentos e grupos vulneráveis, ou mesmo de condições socioeconômicas, eles destacam que a escuta, o vínculo e a postura de resolutividade seriam o caminho de viabilização para a proposição do cuidado em saúde condizente com as efetivas demandas dos diversos segmentos da população, submetidos a várias situações e condições.

A participação dos trabalhadores como sujeitos do processo é fundamental, abrindo espaços para a escuta, participação, adesão ao projeto de melhoria da qualidade da atenção em saúde, com forte responsabilização institucional pelo processo e centrado nas necessidades do usuário. Esses espaços de encontros são singulares para agir na compreensão dos trabalhadores acerca das subjetividades e necessidades de saúde dos indivíduos (FEUERWERKER, 2005; MALTA; MERHY, 2010).

Assim sendo, as considerações resultantes da relação trabalhador-usuário, acerca da compreensão dos trabalhadores sobre o cotidiano das pessoas e coletividades, seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades dos problemas, podem servir como um fator potencial para implementação de políticas públicas voltadas para a equidade em seu sentido fundamental e originário, na perspectiva inclusiva do conceito de diversidade. É imprescindível que o usuário seja percebido como o objetivo, o centro, a principal razão de ser dos serviços de saúde.

4.4 NECESSIDADES DE SAÚDE E A EQUIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE AO PORTADOR DE DST

4.4.1 As necessidades de saúde dos portadores de DST na percepção dos profissionais

As necessidades de saúde se apresentam, conforme Cecílio (2001), como um fator potencial para auxiliar trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, à medida que são tomadas como o centro das intervenções e práticas dos profissionais.

Assim, ao tecerem representações sobre as necessidades de saúde dos indivíduos com DST, os participantes falaram das crenças, valores e comportamentos implicados na condição de portadores de DST dos usuários, os quais foram percebidos durante suas práticas cotidianas nos serviços de saúde. Para ilustrá-los, os recortes significativos descritos a seguir, desvelam os sentimentos e atitudes existentes no âmbito da sexualidade e das questões de gênero, que influenciam os usuários sintomáticos de DST na busca (ou não) pelos serviços de saúde na rede de atenção.

Poderia falar... não sei se é porque o paciente tem alguns [...] preconceitos, que faz com que eles não vêm à consulta ou por [...] vergonha. [...] A procura é pouca. No tempo que estou aqui, tem procurado pouco! (MED3).

Sobre DST [...] ninguém fala! É difícil. Eles não falam. E quando eu vejo que a pessoa pode ser ou não, eu pergunto, [...] exame de sífilis, já fez? De HIV, de AIDS? Aí eles sempre falam, não... Não quero fazer não. Não precisa! Então, é difícil, porque a maioria não quer. [...] Não teve ninguém que me procurasse aqui para isso... pedindo para fazer exame. Ninguém me procura aqui para isso! (MED2).

A quantidade de prejuízo, que tem a população brasileira, especificamente as mulheres com respeito a esse tipo de doença. [...] Muito grande! [...] Ela vai conversar com você sobre o tema dessa índole... Ela não fala. Por exemplo, você pergunta para ela: tem corrimento? Não. Ou tem cheiro? Não. [...] Elas falam, doutora eu estou assim desse jeito, e eu falo, vamos fazer um exame ginecológico? Não! Não deixa! [...] Sentem muita vergonha de falar disso. [...] Muitas, por vergonha, não se coloca em cima da maca, para não se examinar sua parte. Mas tento e faço. (MED1).

Casos dos homens que a gente já pegou aqui, todos foram encaminhados para urologista, porque eles demoram muito a vir. Agora grupo de adolescente a gente já tentou fazer umas três vezes. [...] Eles não vêm, de jeito nenhum! A gente fala com as meninas! [...] Eles mandam a namorada perguntar. (ENF8).

Eles (os homens) não falam! Para eles tem muito tabu, muito preconceito! [...] Eles sim podem pular a cerca, então eles podem pegar outras infecções sem elas. Eles sim têm várias mulheres pela rua, pulam a cerca, transam com meio mundo, mas quando chegam em casa, tem seu relacionamento com sua esposa e ali, começa a transmissão sexual. [...] E normalmente o homem que vai ter uma relação sexual com uma mulher, não está pensando em usar camisinha. [...] Mas... eles realmente não assistem a uma consulta para falar sobre isso. Se tiver algum Condiloma, eles vêm. Se tiver uma suspeita de um HIV ou uma sífilis, eles chegam muito caladinhos e falam comigo como médica. (MED1).

O que eu percebo assim, é que as pessoas não usam o preservativo de forma adequada, de forma geral. Ou então iniciam um relacionamento e se o relacionamento fica mais estável, às vezes uns dois, três meses já param de usar o preservativo. A população em geral [...] acha que a doença aparece de forma mais rápida. E a gente sabe que não é assim. (MED6).

O estereótipo de gênero e mitos sobre a sexualidade, elementos fortemente enraizados no contexto sociocultural do nosso país, permeiam os discursos acima, como determinantes para a vulnerabilidade dos usuários frente às DST na percepção dos profissionais entrevistados. A existência do medo do diagnóstico ser publicamente revelado; do preconceito acerca dos comportamentos moralmente inaceitáveis e de risco dos homens; da resistência dos homens e mulheres em realizar os exames diagnósticos laboratoriais ou clínicos, por tabu ou por vergonha, respectivamente; repercutem como uma realidade compreendida pelos profissionais do estudo, em relação às necessidades dos indivíduos com suspeita de DST.

No que diz respeito às necessidades de saúde, Graziano e Egry (2012, p.651) ponderam que:

As necessidades de saúde são captadas (ou não) pelos profissionais de saúde e esta captação está associada à visão de mundo deles, construída no decorrer de sua existência, que lhes permitem elaborar o seu modo de intervenção sobre a realidade.

Os profissionais entrevistados elaboram o pensamento de que a vulnerabilidade dos indivíduos às DST está influenciada pela relação desigual de gêneros e como eles se moldam a esta situação. Villela e Oliveira (2009) afirmam que o gênero, como maneira dos homens e mulheres se perceberem, não

anatomicamente, mas em relação aos sentidos culturais, políticos e sociais que lhe são atribuídos, determina suas identidades e práticas sociais. Assim, o gênero pode ser visto como um poderoso dispositivo de organização da subjetividade, da identidade e da sociabilidade dos indivíduos humanos e, conseqüentemente, também do processo saúde-doença.

Na verdade, culturalmente existe a ideia de que o corpo das mulheres é frágil e potencialmente doentio. Isto pode ser considerado como um dos elementos mais vigorosos para a construção da superioridade masculina (BRAZ, 2005). Essas marcas do gênero impõem normas opressivas e organizam, sobremaneira, o cotidiano de todas as pessoas, embora isso ocorra de forma diferenciada.

Por se sentir sexualmente potente e viril, o homem não acessa os serviços de saúde e acaba por se expor às DST apresentando comportamento de risco, como o não uso do preservativo (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007). Além disso, esse tipo de comportamento masculino está relacionado ao que o uso do preservativo evoca - a infidelidade e a desconfiança da parceira, notadamente em relações estáveis, o que colocaria em risco o bom convívio do casal (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Já as mulheres, numa perspectiva de inferioridade feminina, demonstram constrangimento e vergonha de se expor, principalmente para um profissional de saúde, ao se submeterem à realização do exame de prevenção. Este, por sua vez, corresponde ao toque e manuseio de órgãos e zonas erógenas femininas, o que demonstra o quanto a sexualidade possui influência sobre a vida de uma mulher (FERREIRA, 2009).

É prudente pensar que as relações desiguais de gênero, ainda são presentes, e empregadas nos âmbitos individuais e coletivos. A sociedade percebe estas relações de gênero, em seu imaginário, como “naturais”. Isto leva as pessoas a vislumbrar os papéis sociais dos gêneros como imutáveis, o que pode, conseqüentemente, sustentar a ideia de manutenção das desigualdades de forma espontânea (TORRES, BESERRA; BARROSO, 2007).

Todavia, no sistema de saúde brasileiro existe um importante reforço para incorporação da perspectiva de gênero nas práticas de saúde, uma vez que este traz em seus princípios, a promoção da equidade, juntamente ao acesso universal, à integralidade e aos demais princípios. Incorporar a abordagem de gênero na saúde inclui o esforço de descobrir como as ideias de feminilidade e masculinidade

permeiam as práticas sociais, elucidando comportamentos, sentimentos e interações humanas, que possibilitem intervenções mais efetivas sobre a saúde das mulheres e dos homens (VILLELA; OLIVEIRA, 2009).

Nesse sentido, pode-se dizer que a articulação e a expansão das ações de saúde, tradicionalmente já ofertadas, não são suficientes para garantir respostas às diversas necessidades de saúde das populações. Para as autoras,

A promoção da equidade exige um salto qualitativo no sentido de reconhecer fatores socioculturais envolvidos na produção do adoecimento de indivíduos ou grupos e buscar novos modos para sua superação (VILLELA; OLIVEIRA, 2009, p.320).

Implica dizer que, o reconhecimento e a identificação das necessidades peculiares dos portadores de DST pelos profissionais entrevistados poderá induzir a prestação de uma assistência diferenciada em saúde, que respeite as especificidades desse público. É a partir dessa percepção, que o processo de trabalho em saúde toma forma, ancorado em diferentes articulações, como resultado das diversas maneiras de satisfazer essas necessidades, considerando as queixas e valores intrínsecos a esses usuários.

4.4.2 Representações sobre o cuidado em saúde ao portador de DST

A temática abordada nessa categoria refere-se ao cuidado em saúde ao portador de DST exercido pelos profissionais entrevistados. Partindo do pressuposto que o cuidado “é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo” da saúde (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006, p.93), tomamos o cuidado como uma categoria analítica, considerando-o na perspectiva das práticas, interações, sentidos e significados suscitados nos discursos dos participantes, quanto às respostas destes à complexidade e variedade dos problemas demandados pelos portadores de DST.

Os aspectos clínicos e os psicológicos associados ao estigma e ao preconceito, que ainda permeiam as DST, foram considerados pelos profissionais. Desse modo, a pessoa portadora de DST é vista como os demais usuários, quando diz respeito ao acesso ao atendimento. Todavia, os profissionais percebem-na de maneira diferente quando o assunto são as específicas necessidades implicadas para o seu cuidado, conforme os recortes seguintes:

Do ponto de vista biológico [...] não faço nada de diferente para alguém que tenha DST, de um paciente convencional, [...] porque o nosso atendimento aqui clínico é baseado nas normas de segurança. Que elas servem para qualquer tipo de contaminação direta, cruzada, qualquer uma. Então, são os procedimentos básicos, esterilização do material, desinfecção, diminuição de possibilidade de contaminação, [...] inclusive para a segurança nossa: utilização de luva, de material descartável, praticamente tudo que a gente utiliza diretamente no paciente. Então, nesse ponto de vista clínico, não há diferença alguma! (DENT4).

O cuidado é o cuidado com todo mundo mesmo! [...] Agora, com o portador, a gente tem o cuidado maior durante as intervenções e depois das intervenções. Então o material vai ser lavado de maneira diferente [...] e vai ser esterilizado separado. Mas, no resto, a luva é a luva de procedimento para exame, para fazer a cirurgia é a luva cirúrgica. A gente usa óculos, a gente usa touca, usa máscara, com todos os pacientes, não tem diferença. Até mesmo porque a gente pode atender muito portador sem saber que ele é! [...] Então [...] o cuidado é o mesmo! Agora quando a gente sabe que ele é portador, eu acho assim, que o cuidado é maior quando ele sai daqui. Por causa de infecção cruzada. A preocupação dos outros que virão e de nós que estamos aqui. Mas no atendimento é a mesma coisa, não vejo diferença! (DENT3).

Bom, aqui na nossa Unidade, na minha equipe, esse cuidado é mais individual. [...] É na consulta com a médica e é na consulta de enfermagem. [...] Mas é mais nesse tipo de atendimento. A gente não tem aquele grupo de DST. A gente tem o atendimento individual, a dedicação. Aí a gente já passa para o atendimento especializado, que é na Unidade de Atendimento, com o infectologista, a gente tem o psicólogo que fica lá no CAPS, ele atende se for necessário. E os nossos atendimentos, enfermagem e a médica aqui na Unidade. Mas é individual! (ENF6).

Eu tento não encaminhar se eu posso resolver. Neste caso de doenças sexualmente transmissíveis, a mais frequente são as infecções vaginais. Por bactéria [...] qualquer tipo. [...] Se for uma Hepatite, [...] um HIV, [...] um VDRL positivo, encaminhado para pessoa específica. Mas o resto eu tento fazer o que eu posso. [...] Muitas vezes tento fazer aqui o exame ginecológico. Umas se dão com espontaneidade e outras não. [...] Eu tento convencer de algum jeito, para ela fazer o preventivo. (MED4).

A gente geralmente faz algumas perguntas. Se for uma queixa que chega direto, a queixa aparece, aí a gente direciona para aquilo e tenta fazer uma abordagem sindrômica. [...] Os corrimentos vaginais, os corrimentos uretrais, as uretrites são os mais comuns. [...] Ofereço os exames. [...] Eu explico sobre a janela imunológica, no HIV, nas hepatites... [...] Tento fazer dessa forma. Buscando sempre o gancho para alertar para as outras

possibilidades de contaminação. [...] Então eu tento orientar também isso, porque às vezes a pessoa pode ter contaminado até três, quatro ou cinco anos e não está com nenhum sintoma, e ela pode estar transmitindo. (MED6).

Do ponto de vista psicológico, que também a gente atende aqui, a gente vê pessoas que têm comportamento de risco muito acentuado [...] paciente prostitutas, homossexuais, que tem uma vida promíscua. [...] Eu procuro não entrar muito diretamente nesse métier do comportamento, porque não compete muito a mim, mas, por exemplo, se ele tem uma doença sexualmente transmissível, declarada que ele sabe, que ele sabe que eu sei, aí eu já posso conversar um pouco mais. Aí eu falo olha, você está com isso e isso agrava um pouco a situação, você tem que fazer controle com seu médico... aqui eu vou fazer isso. Eu procuro sempre dar segurança para o paciente com uma explicação técnica compreensível, inteligível, porque isso dá muita segurança para o paciente. [...] Eu vou demonstrar para ele que eu conheço a doença dele, que eu sei o que ele está tomando, que eu sei o que eu posso fazer aqui, o que pode ou não influenciar. (DENT4).

Eu acho assim, que a gente tem que conversar muito com ele, dialogar, porque é uma pessoa que a gente não pode perder, né? A gente tem que ter sempre o contato com eles e tentar ajudar, esclarecer, né? Que é uma doença, tirando o HIV, tem cura, se for tratada como todas as outras. Então assim, eu acho que o diálogo é mais importante. E a gente saber também como encaminhá-los. [...] Aqui, a gente encaminha para a Unidade de Atendimento, quando a gente tem algum caso. (ENF5).

Primeira coisa que a gente faz é a parte de orientação. [...] Então se ela está com uma DST realmente, é porque ela não teve prevenção nenhuma [...] para ela estar adquirindo uma. Então primeira coisa, a gente parte para prevenção... e, depois, encaminho para [...] uma consulta médica. [...] Mas quando vem [...] procurar [...] para marcar um preventivo, [...] antes de colher, eu converso muito com a paciente, faço uma anamnese, pergunto mesmo, gosto de saber a história dela, então, quando [...] ela tem um sintoma, ela automaticamente já fala na conversa com a gente. (ENF1).

No plano operativo das ações de saúde dos participantes aos portadores de DST, observamos por um lado, a presença de ações curativistas, mecanicistas, em que o elemento de mediação do profissional-usuário é a doença, traduzida em seus sintomas e para os quais o profissional deve realizar uma conduta, seja por meio da consulta individual, ou pela exigência do encaminhamento para o especialista. Por outro lado, quando os discursos remetem à utilização de tecnologias relacionais como o diálogo, a escuta, a orientação, tem-se adequada permeabilidade do técnico ao não técnico, o que promove uma atitude terapêutica que, além de agregar elementos capazes de tornar mais preciosos o manejo clínico, busca ativamente seu sentido existencial - o de cuidar.

O senso comum considera o cuidado em saúde como “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”

(AYRES, 2004, p. 74). Tal entendimento está presente nas representações de alguns trabalhadores deste estudo, uma vez que faz parte das ações de cuidado estabelecidas por eles, com abordagens restritas às medidas terapêuticas e procedimentos aplicados aos portadores de DST. O progressivo distanciamento das histórias de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais dos indivíduos, que traduzem o modo de adoecer e de manter a saúde, resulta em perda da dimensão cuidadora.

No entanto, Anéas e Ayres (2011) ressaltam que a dimensão objetiva do cuidado em saúde ancora-se no controle da intervenção técnico-instrumental, enquanto que a dimensão dialógica tem como foco as inúmeras possibilidades humanas. Contudo, no cotidiano das práticas dos participantes, percebe-se uma tendência à cisão das duas dimensões, o que corrobora a tese de Schraiber (1997) em que os fundamentos científicos e operacionais não se separam da dimensão ética implicada nos encontros terapêuticos pelos quais se realiza a atenção à saúde.

Com efeito, é no espaço intersticial dessa interação terapêutica que o cuidado se estabelece. Assim, concordamos com Ayres (2004, p.85) quando este atribui ao cuidado:

O estatuto de uma categoria reconstrutiva da prática [...] de que existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado.

Sob essa perspectiva dialógica do cuidado, o usuário é visto como um “ser-no-mundo”, e assim sendo, as percepções das necessidades e demandas tornam-se valorizadas pelos profissionais como um alicerce em prol da significação singular do cuidado. E é exatamente aí que está a relevância do cuidar nas ações em saúde, no “desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde” (AYRES, 2004 p.86).

Outros valores que permeiam as situações de atenção à saúde e as suas implicações para o cuidado dos participantes aos portadores de DST, referem-se aos de ordem moral, que envolvem a ética e o sigilo. Trata-se de representações que realçam a extrema vulnerabilidade estruturalmente instalada do usuário, devido

à condição de ser portador de DST, bem como a preocupação com o respeito à dignidade da pessoa, como nos recortes a seguir:

Elas chegam aqui no Posto achando que o corrimento é normal, quando você conversa se dá conta que é uma doença sexualmente transmissível, mas não pode falar para ela que foi seu marido que foi que transmitiu para ela. [...] Por um problema de ética. [...] Então, eu dou um jeito em colocar remédio para os dois. Que eles dois façam o tratamento, do melhor jeito possível. (MED1).

A gente sempre procura manter o sigilo. Claro, muito importante! (ENF6).

Também falo com a secretária que não é coisa para ficar comentando, nem falando. O paciente tem o sigilo dele aqui. Todos têm o sigilo, principalmente um caso desse. Por mais que a comunidade seja pequena e todo mundo sabe que a pessoa é portadora, não vai ser da nossa boca que vai sair alguma coisa! (DENT3).

Então o médico, sempre com a ética médica, tem que falar-lhe e dar confiança ao paciente. [...] E quando o médico ganha a confiança do paciente, o paciente sabe que o médico não vai falar pela rua o que ele tem. [...] Porque muitas vezes o paciente fala comigo e não lhe fala, por medo, a quem o conhece ou sabe seu nome, ou do namorado, de que teve com outro, de que tem este. Então, por isso que o problema da confiança, da intenção que temos nós em ajudar, que ninguém vá saber disso. (MED3).

Partindo-se das representações elaboradas sobre a preservação do sigilo e da ética na assistência em saúde sexual, os participantes mostram-se preocupados em zelar pela confidencialidade e privacidade dos indivíduos, até mesmo por um dever ético profissional. A confiança estabelecida na relação entre o profissional e o usuário foi mencionada como condição primordial para que haja disponibilidade dos usuários em expor sua privacidade acerca de suas práticas e parcerias sexuais, que possam trazer algum tipo de discriminação ou coerção.

O caráter estigmatizante e preconceituoso de que se revestem socialmente os julgamentos sobre as pessoas afetadas com DST e as próprias características comportamentais da transmissão das DST (transmissão sexual, uso de drogas injetáveis) demandam do profissional de saúde uma atuação condizente com conflitos de diversas ordens, dentre as quais os de ordem moral (OLIVEIRA; AYRES; ZOBOLI, 2011).

A complexidade e diversidade dos problemas originados pela assistência às pessoas com suspeita ou diagnóstico de DST, em geral, impõem desafios aos serviços de saúde no que diz respeito a projetos terapêuticos que levem em consideração não somente aspectos clínicos, mas também a gama de impactos

sociais, psicológicos e econômicos implícitos à sexualidade ou a comportamentos que não são aceitos socialmente.

Os dados levantados por um estudo realizado por Palácio, Figueiredo e Souza (2012) sobre a compreensão do manejo do cuidado em saúde na perspectiva dos portadores de DST/AIDS, apontam que o entendimento e a acolhida dos profissionais às dúvidas e vivências deles foi considerada imprescindível para o processo de adesão e monitoramento em saúde.

Para Brehmer e Verdi (2010) o espaço do acolhimento na APS compõe um potencial cenário para as implicações éticas no cotidiano das ações, no que se refere à privacidade e à autonomia dos usuários (que inclui a intimidade, a vida privada e a honra das pessoas), pois proporciona escuta atenta e qualificada, além de auxiliar na resolução das eventuais questões que preocupem o usuário. Mais do que um espaço físico, o acolhimento pode perpassar todo e qualquer momento de trabalho de um serviço de saúde.

Todavia, a falta de capacitação para os profissionais acerca da questão ética na atenção à saúde, bem como a ausência de infraestrutura adequada para o ato de acolher foram representadas por um participante como barreiras para a garantia do sigilo e da privacidade dos usuários que procuram a UBS, como descrito abaixo:

Uma coisa que a gente vê como complicada é o sigilo. Sempre o restante da equipe, às vezes o profissional da recepção, não tem um treinamento para saber acolher esse caso, né? De uma forma... porque a recepção também é um local improvisado, às vezes outras pessoas do lado podem ouvir um pouco daquela conversa. [...] Mas, eu não sei se eles chegariam ali e falaria que estão com o corrimento no pênis, ou na vagina, por exemplo, para conseguir ter a consulta. Eu acho que esta questão atrapalha um pouco. (MED6).

Em sua representação, o profissional percebe a importância da capacitação profissional e do espaço físico na UBS para a implantação de ações de assistência e prevenção às pessoas sintomáticas às DST. Brehmer e Verdi (2010) apontam que a ausência de condições básicas para receber os indivíduos em suas necessidades particulares, respeitando seu bem privado, pode sucumbir o processo do acolhimento. Para as autoras, “a configuração física e o modo como são distribuídos os espaços nas unidades de saúde propiciam a exposição e constituem um entrave para acolher” (BREHMER; VERDI, 2010, p.3573). Ademais, faz-se mister garantir a

qualificação dos profissionais para identificar e atender às necessidades específicas dessa população (BRASIL, 2015; BRASIL, 2006a).

Como já discutido, uma clínica que envolva aspectos de cura e reabilitação, além da dimensão dialógica do cuidado, foram representadas nas falas dos profissionais. Contudo, uma abordagem mais ampliada das práticas, que incluía ações de prevenção e promoção à saúde dos portadores de DST, também foram ressaltadas, numa perspectiva não apenas individual, mas também coletiva, quando se referem aos parceiros sexuais e aos grupos de riscos, como nos discursos abaixo:

Também eu falo para o parceiro vir conversar comigo. Mando o remédio para ele, porque normalmente ele não vem. [...] O máximo que eu fiz aqui foi quatro! Saiu com quatro receitas na mão. Ela, o marido, a amante do marido e o amante dela! [...] Se não cercar não adianta não, ela volta aqui de novo! [...] Todas que eu peguei, eu fiz tratamento dela e do parceiro. (ENF8).

E então, a essa pessoa com sintomas, é importante que se conheça o contato, se com o tratamento ele fala, para que tenha conhecimento e responsabilidade. Ou falar-lhe dos métodos, para proteger de que ele não volte a apresentar essa doença, nem contamine a outra pessoa. Então temos que diminuir seus fatores de risco com o tratamento de todos os contatos desse. (MED3).

Eu falo com eles assim, olha que bom que esse problema aqui que você está tendo a gente tem remédio para tratar, [...] mas você também está correndo o risco de pegar outras doenças, que elas, às vezes, não vão ter cura, e aí você tem que... ir alertando para o uso do preservativo, para a prática do sexo seguro, para que a pessoa [...] fique atenta que esta prática que ela está tendo, está colocando-a em risco. (MED6).

Primeira coisa que eu falo... camisinha! Eu falo da camisinha para todo mundo! (ENF8).

O médico de família, uma enfermeira de família e um agente comunitário têm como principal missão... prevenir [...] a atual pessoa que tem uma possibilidade de pegar qualquer doença. [...] Qualquer dessas doenças, que se tenha identificado, nas pessoas que tem uma vida noturna, que vão à clube, que são... é... bissexual, todas essas pessoas têm que estar aqui identificados. Aqui, eu acho um pouco difícil! Uma, porque são pessoas que são mais vulneráveis a pegar essa doença. São moradores noturnos e é muito difícil localizá-los! [...] São geralmente jovens que não trabalham, também usam droga, álcool. (MED4).

Primeiramente, [...] a nossa função é prevenir com que o paciente chegue com alguma doença. [...] Primeiramente eu tenho que conhecer os fatores dos grupos de risco. [...] Identificar este grupo e falar-lhes, [...] para que tenham conhecimento. [...] Procurar como falar nos grupos de risco. O paciente que estiver preso, o paciente que é alcoólico, o paciente que é homossexual, [...] é adolescente, mulher. [...] Então, se ele não vem espontaneamente, temos que procurá-lo. Porque muitos, a maioria não vai vir, a não ser que tenha um sintoma, e que já não pode ocultar mais, e nós

de forma espontânea, têm que procurar os grupos de risco... para resolver a doença. (MED3)

As falas traduzem um senso comum no desejo de dar sentido às ações de prevenção e de educação em saúde, bem como de tratamento dos contatos sexuais. No universo de significados dos profissionais entrevistados, permanece a crença de que essas práticas são imperiosas para a interrupção da cadeia de transmissão das DST, como forma de controle dessas doenças. Os participantes percebem que o encontro com os usuários sintomáticos de DST oportuniza a extensão das ações de saúde para os parceiros, com o tratamento clínico destes e também com a oferta de orientações para a conscientização do comportamento seguro na prevenção das DST de todos os envolvidos.

Na atenção básica, a informação/educação em saúde, a oferta de preservativo masculino e feminino, bem como a comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas) fazem parte das estratégias de prevenção individual e coletiva (BRASIL, 2015). Ao mesmo tempo em que prometer a confidencialidade é imprescindível, o profissional deve orientar o indivíduo em relação à forma de transmissão de sua patologia e auxiliá-lo a perceber sua responsabilidade de não atuar como agente transmissor.

Além disso, o uso do preservativo também deve ser incentivado para resguardar a saúde sexual do parceiro, como também o tratamento deste, mesmo com a presente dificuldade de sua convocação para o atendimento. Tratar patologias que envolvem o casal subentende uma abordagem dupla, que envolve a inclusão do parceiro. Para Rodrigues et al. (2011, p.68), “o tratamento isolado de um pessoa não resolve o problema da DST”.

Outro aspecto a evidenciar nas representações dos participantes abrange a identificação dos grupos de risco como medida preventiva para o controle das DST. Ayres (2002) alerta que o conceito de “risco” é útil, porém limitado. Partindo dessa premissa, o autor defende que aspectos da realidade como a subjetividade, a significação, a interação e a dinamicidade são fundamentais para quem pensa prevenção. Ainda nessa direção, Nadal e Manzione (2003) conferem ao termo “grupo de risco” um caráter discriminatório e desatualizado, enfatizando que as chances de contaminação pelas DST são relacionadas mais ao comportamento do que à opção sexual. Nesse sentido, Ayres (2002, p.16) reitera que:

É preciso, entretanto, atentar sempre para os critérios que tomamos por base para definir x ou y como grupos de risco, e quais as implicações práticas dessa definição; saber se não existem outros recursos e estratégias, às vezes menos imediato, porém mais legítimos e éticos para alcançar o objetivo da prevenção; ou ainda quais as condições concretas – emocionais, morais, culturais, econômicas etc. – que os indivíduos têm para efetivamente adotar ou evitar comportamentos [...].

Não obstante, cabe ao debate relacionado às medidas não clínicas, uma reflexão importante de ressignificação do modo de compreender e de fazer prevenção nas DST. É preciso que os profissionais de saúde revejam suas estratégias para realizar uma renovação pretendida sob o paradigma da produção social da saúde por meio de uma abordagem que se apresente como resposta social aos problemas de saúde sexual. Adotar a noção abrangente de vulnerabilidade⁵, conforme Ayres (2002), com um olhar para os direitos humanos na identificação das necessidades advindas dos portadores de DST, pode subsidiar intervenções preventivas mais efetivas, sem a visão reducionista de grupos e comportamentos.

Dentro dessa concepção, Nichiata et al. (2011, p.1770) expõem que:

O conceito de risco indica probabilidades, enquanto a vulnerabilidade vai além, ao se constituir como *indicador da iniquidade e da desigualdade social*. Assim, a vulnerabilidade antecede o risco e, ao buscar o entendimento das mediações presentes no processo saúde-doença, promove possibilidades distintas para o seu enfrentamento e atinentes ao cotidiano das pessoas.

A vulnerabilidade envolve duas dimensões, a individual e a coletiva. Chamamos atenção para a dimensão coletiva, que se desdobra nos aspectos social

⁵ A ideia de vulnerabilidade, criada por Jonathan Mann, em 1993, surgiu para explicar que o processo saúde-doença não é proveniente apenas das atitudes pessoais, mas está diretamente relacionada ao ambiente e suas relações (BRASIL, 2008c). A análise da vulnerabilidade pode ser considerada sob três dimensões: a individual, a social e a programática. Entende-se por dimensão individual, os aspectos próprios do modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ou se protejam contra uma doença. Depende de valores e crenças, do conhecimento sobre práticas de proteção, do autocuidado. A dimensão social tem a ver com condições de vida e de trabalho, cultura, situação econômica, nível de escolaridade, ambiente, relações de gênero, de classe e entre gerações. E por último, a dimensão programática diz respeito ao acesso a serviços, existência e sustentação de programas, o grau e a qualidade do compromisso com a atenção em saúde desses serviços e programas, além da permeabilidade e estímulo dos trabalhadores à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro de caminhos para sua superação (AYRES et al., 2006; BRASIL, 2008c).

e programática, pois é composta pela possibilidade de acesso aos meios de proteção, que abrangem os programas de prevenção e acesso aos meios de controle, com enfoque na operacionalização das ações pelos trabalhadores de saúde (NICHATA et al., 2011).

Assim, pode-se apontar que o conhecimento da vulnerabilidade dos indivíduos às DST, possibilita que os profissionais de saúde identifiquem suas reais necessidades de saúde, que resultam tanto de aspectos individuais como de contextos ou de condições coletivas, interpretando-as e propondo intervenções que modifiquem a situação de saúde-doença (NICHATA et al., 2011).

Portanto, devem ser priorizadas discussões sobre mitos, crenças e valores presentes no imaginário dos profissionais de saúde da APS entrevistados, sobre as ações de prevenção e de controle das DST, na tentativa de desmitificar o formato tradicional que ainda persiste em suas concepções e ações. Pode-se inferir que atrelar a dialética da interpretação do princípio da equidade à finalidade de ressignificação do mundo do trabalho e do cuidado dos trabalhadores de saúde na APS, serviria como um estímulo reflexivo e, ao mesmo tempo provocativo, para a remodelagem das práticas em saúde.

Nessa lógica, Amarante e Costa (2012, p.24) afirmam que:

O que está posto para a saúde é que a integralidade e a universalidade encontram na noção de equidade um ponto de articulação, que permite recolocar em questão as próprias noções de universalidade e integralidade.

Dito de outra forma, as necessidades e as demandas dos diversos grupos sociais, principalmente os que estão em situação de maior vulnerabilidade, devem ser compreendidas à luz da própria realidade destes grupos, com a determinação de seus valores (afetivos e cognitivos), hábitos, condições sociais e especificidades relativos aos seus problemas demandados para a garantia do direito à saúde de todos.

4.4.3 Representações sobre a equidade no cuidado ao portador de DST

Essa unidade nos leva à verificação dos conteúdos das representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre o princípio da equidade em seu cuidado ao portador de DST. Dessa forma, ao descortinar o modo como os discursos dos profissionais se estabelecem e como esses percebem a equidade no cuidado ao portador de DST, nos asseguramos das “verdades” criadas no imaginário dos mesmos. Estas “verdades” expressas nos aproximam da reflexão de como as representações sociais deles os colocam frente aos desafios impostos pela programação em saúde para este público, buscando fazer uso de estratégias e táticas de enfrentamento que respondam à diversidade de sofrimentos e necessidades singulares da pessoa com DST, conforme as mensagens emitidas abaixo:

Eu acho que junto com os outros pacientes mesmo, mas de uma maneira, respeitando as particularidades dele. [...] Eu não tenho medo, não tenho receio de atender, não tenho! Sabe, o cuidado que eu teria com um, eu teria com todos. [...] Atendo normalmente, sem... alarde. [...] Não é com mais cuidado, porque todo mundo tem o direito de ter o cuidado! Mas a gente vai se proteger e vai proteger esse paciente de uma maneira [...] melhor... com igualdade. Então não é, ah vou atender um paciente de DST/AIDS ali e ninguém vai entrar hoje! Não é assim. (DENT3).

Então, do meu ponto de vista, eu tento tratar todo mundo independente [...] de doença, [...] da mesma forma. [...] Mas assim, eu acho que esses pacientes a gente tem que ter um cuidado maior porque eles já [...] tem um auto preconceito, acha que todo mundo olha para eles de forma diferente. [...] Talvez seja por isso que às vezes a gente consegue tão pouco contato, [...] porque eles mesmos se isolam. (ENF5).

Uma coisa que a gente vê muito na questão da equidade, por exemplo, principalmente na DST, [...] é aquela questão que às vezes, com essas pessoas não dá para a gente tentar seguir as mesmas regras. Então assim, é tentar facilitar ao máximo o acesso, se ela chegou com uma queixa ela não volta. A gente tenta atender no mesmo dia, no máximo, às vezes, à tarde ou no dia seguinte já deixa marcado para ela retornar. A gente tenta fazer a equidade em saúde dessa forma, facilitando o acesso para alguns grupos vulneráveis. [...] Porque geralmente é uma coisa difícil às vezes para a pessoa procurar, então quando ela procura, a gente percebe que é algo assim que a gente dê uma resposta mais rápida possível. Eu acho que o acesso mais facilitado, tentando garantir isso de uma forma, às vezes, mais rápida. (MED6).

Olha... são os casos que a gente dá preferência! [...] Por exemplo, é um caso... é uma mulher que eu vou chamar para outra consulta, no preventivo. Mesmo se eu não tiver vaga, ela vai voltar. [...] Assim que eu receber o resultado, se eu não tiver vaga na terça-feira, que é o que eu faço, eu a

encaixo para explicar o que aconteceu com o exame dela e porque que eu estou encaminhando. Então a gente trata esses casos, com prioridade. (ENF4).

Eu acho que não é só o atendimento aqui. Eu acho que tem que ter assim, você veio atender e acabou? Não! Acho que a gente tinha que acompanhar. Como aqui a gente tem [...] essa possibilidade de estar indo visitar, precisou... então a gente procura, eu pegava a ficha para avaliar como que estava o nível de saúde, o médico específico dela, que cuida da AIDS dela, sempre me mandava uma cartinha. Então a gente continuava assim, mantendo o contato, para ver como ela estava evoluindo. (DENT2).

Mas o que eu acho que a gente tenta fazer aqui é [...] deixar bem claro que qualquer intercorrência, mesmo que esteja sendo acompanhado em outro setor, que ele possa vir aqui. Às vezes o outro setor que o acompanha tem mais dificuldade de acesso. Então, ele consegue lá consultar com o infectologista, mas o infectologista marcou o retorno para dali a quatro meses, e se ele tiver uma intercorrência nem sempre ele vai conseguir chegar neste infectologista. Então, ele vem aqui. Então, que ele fique sabendo que ele pode vir, e se tiver algum problema que ele retorne aqui, que a gente vai tentar dar [...] alguma orientação, alguma avaliação, na necessidade que ele tiver. (MED6).

Diante da realidade organizada pelas representações dos entrevistados, percebemos que a equidade no cuidado ao portador de DST está presente no universo simbólico desses profissionais assentada no compromisso ético com a vida, no cuidado sem discriminação ou preconceito, com vistas à garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a responsabilização para com o usuário e a longitudinalidade do cuidado.

O nível da APS tem se mostrado um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de formas mais flexíveis de organização da assistência à saúde, que se adaptem às especificidades de grupos sociais que demandem cuidados individuais e coletivos. Autores como Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) apontam para a especificidade tecnológica do trabalho em saúde na APS, como um importante processo de produzir saúde, pois esse espaço pode representar inovações nas ações técnicas e no tratamento das interações entre os sujeitos na prestação de serviços. Para Franco (2015) essas inovações são denominadas “linhas-de-fuga”, em que os profissionais passam a operar novas possibilidades, dando novos sentidos a suas ações e seu trabalho, conforme o modo singular como ele significa o mundo do cuidado.

Assim sendo, ao aproximar-nos do resultado deste estudo, infere-se que as representações dos profissionais entrevistados denotam um desejo ou vontade de

cuidar, uma vez que exercem movimentos que favorecem o estabelecimento do acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade para com o portador de DST. Desse modo, a condição de vulnerabilidade desses usuários é reconhecida pelos participantes de tal forma, que estes viabilizam o alcance da universalidade do direito à saúde daqueles, visando superar desigualdades no acesso e no cuidado.

Conforme Amarante e Costa (2012, p. 21) a equidade em saúde é caracterizada como um “devir” e não deve estar restrita a mera oferta de tratamento igualitário a todos, e sim “deve sustentar a disposição de reconhecer e respeitar as diferenças dos outros, traduzindo esse respeito em práticas e atitudes destinadas às necessidades de cada cidadão”. Significa dizer que os processos de subjetivação agenciados pelo profissional de saúde podem resultar em efeitos sobre a produção do cuidado, visto que este trabalhador exerce um autogoverno sobre seu processo de trabalho, com a autonomia de decidir sobre o que e como fazer (FRANCO, 2015).

Foi possível observar também, que os profissionais representam a equidade sob os aspectos que resgatam a dimensão cuidadora e a produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade desses de lidar com a subjetividade e as necessidades de saúde dos portadores de DST, como nos trechos elencados a seguir:

Na hora de resolver a situação, de falar, não há diferença enquanto um é homem, ou mulher, que é pobre, que é rico, ou que é branco ou preto. O mais importante é olhar o paciente que está aí. O médico tem que olhar, e aí eu falo da equidade neste aspecto, em que eu estou sentado frente a ele, ele não é um paciente, mas uma pessoa que precisa de um tratamento. Tem que olhar nesta visão. (MED3).

A gente está aqui para atendê-los. [...] A gente tem que tentar prestar a melhor assistência possível. Porque está em nossas mãos. Ainda mais quando eles confiam na gente, procuram a gente, o serviço. A gente tem que tentar tratar da melhor forma possível, às vezes até mais, com mais cuidado, mais atenção do que os outros [...] usuários. (ENF5).

Dou toda a informação que eu sei com respeito à doença, para que o paciente fique mais calmo. Pelo menos eu faço isso. E deixo que ele pergunte tudo o que ele quiser. (MED1).

Eu acho que tem que ter um acolhimento, eu acho que tem que passar uma segurança para o paciente. Não tem que deixar a paciente nervosa, ela tem que saber que você tem um domínio na coisa [...] para ela sentir segurança na hora do tratamento. Eu vou chamar o parceiro, ela e ter uma conversa aberta com os dois e passar as informações que são necessárias mesmo. (ENF3).

É a gente tentar indiscriminadamente para todos receber informação de acordo com a capacidade deles. A informação que eu acho, às vezes, muito mais importante do que o próprio tratamento, a coisa clínica. Embora o tratamento seja importante. (DENT4).

Essas representações traduzem uma postura acolhedora e compromissada para com os usuários no fazer de cada profissional entrevistado. Ao estabelecer o vínculo, a confiança e prioridades equânimes para assistir às pessoas com DST em função das suas necessidades, os participantes vão operando micro processos intercessores de relações no cotidiano do trabalho na ESF que permitem uma atenção mais integral e de qualidade.

Sob a égide da atenção à saúde usuário-centrada, Merhy (2002) vê no desenvolvimento de tecnologias de relacionamento (tecnologias leves) uma maneira de restabelecer diálogos, acolher os sofrimentos, resolver os problemas, constituir vínculos e responsabilidades, além de estimular a autonomia dos usuários.

Nas análises temáticas realizadas anteriormente, houve a presença da prática em saúde centrada no modelo biomédico no imaginário dos profissionais entrevistados. Porém, sob a perspectiva da equidade, identifica-se a desconstrução de uma visão curativista, biológica e fragmentada diante da valorização das tecnologias de um cuidado cuidador. Cuidado este, que procura transferir conhecimento ao usuário portador de DST e atuar sobre sua subjetividade, para que ele tenha potencialidade suficiente para agir consigo mesmo e com o mundo.

Entretanto, Brehmer e Verdi (2010) alertam que os aspectos técnico-operacionais da APS, seja nas instituições ou mesmo nas ações dos profissionais, ainda se sobrepõem à atitude humana de valor ético social, de responsabilidade e respeito, o que se caracteriza como o maior problema enfrentado no cotidiano dos serviços. É preciso atentar para a necessidade de discutir os conflitos gerados por um cuidado em saúde imbuído da consciência da subjetividade dos sujeitos, para não transformá-lo em mais uma técnica, dentre as demais atividades mecânicas e reducionistas exercidas nesse nível de atenção.

Para Franco e Merhy (2005), como o imaginário centrado no cuidado-procedimento foi socialmente produzido, é possível construir outro, baseado na ideia do cuidado usuário-centrado. Isso poderia harmonizar a relação dos serviços de saúde com sua clientela, fazer com que os usuários e trabalhadores, como sujeitos

do processo de construção de uma nova forma de fazer saúde, se alinhassem no trabalho conjunto de superar os limites e reavaliar suas atitudes em prol de um novo modelo de atenção à saúde.

4.5 CONEXÕES E FLUXOS DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE AO PORTADOR DE DST

4.5.1 Tecendo representações sobre acesso

A utilização dos serviços de saúde, com os fatores internos e externos dos setores, relacionados tanto à oferta de serviços, quanto às preferências e possibilidades dos usuários, é um dos aspectos que também está atrelado à dialética da equidade (SENNÁ, 2002). Nesse sentido, nessa temática foram descritos os discursos que tiveram como tema o acesso aos serviços de atenção primária e secundária à saúde por parte das pessoas suspeitas ou portadoras de DST.

Emergiram desses discursos aspectos referentes à integração dos serviços quanto à viabilidade do acesso desses usuários nos fluxos formais de encaminhamento para os serviços de referência em DST. Os profissionais relatam não encontrar barreiras nesse processo de referenciamento, conforme verificado no recorte a seguir:

O acesso lá em cima (CVV, Unidade de Atendimento Especializado) a gente não tem nada a reclamar! E eles arrumam um jeito, lá mesmo eles já marcam o retorno, eles mesmos já tentam ter um vínculo com o paciente. [...] Independente de ser homem ou mulher, fácil demais de conseguir! (ENF2).

As facilidades que eu acho que a gente tem aqui no município é o acesso aos infectologistas, eu não vejo isso como um problema não. [...] Eu acho que a gente não tem essa dificuldade. (MED6).

Na Unidade de Atendimento... eles ajudam muito a gente, então assim, a gente não tem problema. [...] Lá o atendimento é legal! [...] Esses casos são referenciados para lá. (ENF1).

A facilidade do acesso ao atendimento é um aspecto relevante para a atenção às pessoas (STARFIELD, 2002), o que não implica, necessariamente, a garantia de resolubilidade. Contudo, é de fundamental importância que a estrutura organizacional dos serviços de saúde promova um melhor acesso àqueles que procuram o serviço e que cada profissional tenha incorporado em sua rotina a preocupação de identificar os pacientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes o atendimento (BRASIL, 2006a).

O conceito de acesso aos serviços de saúde é multidimensional e varia de acordo com diversos autores e com o contexto. O acesso pode ser descrito como a oportunidade de usar serviços de saúde, o que reflete a compreensão de que há um conjunto de circunstâncias que permitem o uso de serviços de saúde adequados (MCINTYRE; MOONEY, 2014; PENCHANSKY, 1977; THIEDE, 2005).

Os atributos que definem o indivíduo como seu nível educacional, suas crenças e cultura, sua condição econômica e social, entre muitos outros, bem como a relação do indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo tenha mais liberdade para utilizar o sistema, o que se revelará em melhores ou piores condições de acesso à saúde (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

Assim, quando o profissional entrevistado analisa a relação do usuário com a oferta de ações em saúde prestadas por eles, como por exemplo, no exame do preventivo de Papanicolaou, sua representação vai além da mera disponibilidade do recurso “consulta de enfermagem” e sim, está atrelada a uma dimensão específica do acesso – a aceitabilidade – que possui uma estreita ligação com a confiança entre o indivíduo e o profissional. Como se observa no depoimento que se segue:

Eu não tenho o dia específico para isso. [...] Tem a busca ativa através dos agentes, tem minha agenda de preventivo e de atendimento. Normalmente eles me procuram. Normalmente as mulheres me param na rua, no supermercado, em qualquer lugar, me procuram. Isso eu tenho muito! Parte da mulher aqui, eu tenho muita, muita liberdade. Elas me procuram [...] eu estou tendo um corrimento. Ai [...] a gente vai e marca. (ENF8).

Comportamentos e atitudes do profissional de saúde para com os usuários, bem como práticas de comunicação e manutenção do sigilo exercem estreita ligação sobre o comportamento desses na busca por serviços de saúde. Para Rouse (2004) os prestadores de serviços moldam o acesso dos cidadãos ao atendimento, por

meio de sua influência gerencial sobre a equipe, das decisões sobre pessoal, da administração dos recursos e principalmente, de seu próprio senso de responsabilidade para com os usuários.

A aceitabilidade e a confiança influenciam a equidade na assistência à saúde por impactar as decisões dos usuários na procura pela satisfação de suas necessidades de saúde. A abordagem do serviço de saúde centrado no usuário exige dos profissionais de saúde a adoção de medidas que produzam novas conformações dos atos de saúde, que reconheçam as circunstâncias particulares de grupos específicos, como podemos verificar no discurso a seguir:

Então, antes era assim, eu marcava dezesseis, vinham quatro (no preventivo)... Porque eu queria seguir direitinho o mês que vencía. Que é o preconizado! Por isso que eu falo, a teoria não é mais a bonitinha, né? A gente tem que adaptar. Então se você for seguir a teoria, venceu o fichário rotativo, você já deixa, já tira ele para fora, já agenda para ela, e já deixa na casa dela. Aí ela não quer, e ela não vai. (ENF4).

Conforme Gilson (2014), as normas e procedimentos programáticos podem restringir a capacidade do usuário para obter os serviços e podem se revelar como barreiras da aceitabilidade e da confiança. Dessa forma, os profissionais não devem ser meros mensageiros do sistema em que trabalham, seguindo a lógica verticalizada das suas ações com base em determinações legais ou concepções teóricas.

Ainda para Gilson (2014, p.185) “há necessidade de intervenções multifacetadas, entre as quais a mudança nas práticas de gestão e na cultura organizacional tem um papel preponderante” na correção dos desequilíbrios de poder dos sistemas de saúde e na construção da confiança entre usuários e profissionais de saúde.

Em outro momento, o ENF4 retoma a temática enfatizando o acesso das mulheres ao exame preventivo de Papanicolaou, dizendo:

Agora eu faço assim, toda sexta-feira eu abro a agenda e a mulher tem que vir aqui. Aí ela já faz na terça-feira. Então ela já vai saber se vai menstruar, já sabe que ela tem que passar o final de semana sem ter relação. Ficou muito mais fácil para mim! Eu sei que eu dificultei para ela [...] na seguinte

forma, antigamente as agentes já agendavam, levava prontinho na casa delas. Então eu as fiz virem à Unidade, um pouco eu dificultei, mas só que eu tive muito mais retorno. ... Todas vêm aqui na sexta... Quem precisa fazer preventivo [...] Não tem falta! (ENF4).

Gilson (2014, p. 178) destaca que as barreiras da aceitabilidade e da confiança exercem uma influência nociva na equidade da assistência à saúde e, enfrentá-las, diz respeito ao reconhecimento da “natureza socializada da assistência à saúde e os frequentes desencontros culturais entre as convicções de leigos e profissionais sobre a saúde”. Ademais, acrescenta que ao invés de julgar os usuários pela sua conduta precária na procura por serviços e cuidados em saúde, “os profissionais da saúde precisam compreender as crenças e motivações do público que pretendem servir e adequar a prestação dos serviços às percepções e necessidades dele” (GILSON, 2014, p.178).

No entanto, Barbiani et al. (2014) defendem que o acesso aos serviços de saúde não se limita apenas ao campo do ser ou do fazer dos profissionais de saúde e no direcionamento dos seus processos de trabalho. Embora esse nível “micro” seja indispensável às práticas humanizadas e integrais, ele depende fundamentalmente de arranjos estruturais de organização e gestão do sistema pelos entes federados, gestores, trabalhadores e usuários.

O recorte desses depoimentos nos coloca diante da reflexão sobre a necessidade de valorização dos aspectos subjetivos do processo de cuidado, qualificando e ressignificando a atenção à saúde para a efetiva prática da equidade e integralidade na assistência. O acesso não pode ser visto apenas como um “consumo” a determinados serviços de saúde. As necessidades de saúde advindas das pessoas que buscam por “cuidados em saúde” devem ser o centro das intervenções e práticas dos profissionais, pautadas em princípios éticos e sociais, que ultrapassem as fronteiras técnicas. O que não exclui o papel da gestão na construção e organização da lógica “macro” da atenção que favoreça a implementação desses princípios.

4.5.2 Organização e funcionamento da rede de atenção

Na temática da rede de atenção, analisamos as representações dos participantes do estudo, na perspectiva da sua micropolítica do processo de trabalho, considerando o que afeta direta ou indiretamente a organização e o funcionamento da rede de atenção à saúde no cuidado à pessoa portadora de DST.

Um dos aspectos apontados nas falas diz respeito ao comprometimento da atenção integral, devido à inexistência de contrarreferência na rede, dos serviços assistenciais de referência ao portador de DST do município, como, por exemplo, da Unidade de Atendimento Especializado, a partir da qual a continuidade do cuidado é rompida, conforme os discursos a seguir:

A gente encaminha quando precisa, [...] mas a contrarreferência não é tão frequente de voltar não. Então assim, eu não sei se ele está usando quais medicações, eu não sei, ele não traz isso. Não chega para mim isso aqui do outro setor. A gente não tem contrarreferência não! (MED6).

Não tem contrarreferência dos médicos especialistas. Como justificar depois o seguimento dessa pessoa, quando que precisa voltar para lá... Entende? ...Que exames ele precisa... os resultados dos exames... Qual é a opinião do especialista, que é o mais importante! Porque eu, ao encaminhar o paciente para o especialista, no caso destas doenças [...] de transmissão sexual, [...] se ele escreve, eu vou acompanhar melhor esse paciente. [...] Esse seguimento da observação dos sintomas, ele tem mais experiência pela especialidade, entende? Então eu acho isso também muito importante. A contrarreferência da especialidade para acompanhar todas as coisas. [...] O acompanhamento de uma pessoa, de algum paciente que tenha uma enfermidade de transmissão sexual, aqui em PSF, se pode fazer, mas, quando essa pessoa vai embora e você não conhece para onde ela foi... Aí acabou! Entendeu? (MED4).

A gente não tem diretamente o contato com os pacientes aqui! Vai tudo para a Unidade de Atendimento e lá fica amarrado. A gente não tem contrarreferência. (ENF5).

Infelizmente são poucos, eu posso contar numa mãozinha só, a quantidade daqueles que dão o retorno, por considerar não por questões pessoais, não é nada disso! Mas por ele não entender essa importância. Eu vejo que há uma incompreensão, principalmente dos profissionais médicos especialistas. [...] O Brasil precisa de generalistas, [...] o cara que faz o primeiro diagnóstico na porta de entrada, aquele dos 80% que a gente resolve aqui dentro. A gente fala, mas é muito difícil as pessoas entenderem. (DENT4).

Observamos que a não estruturação da rede de atenção impossibilita a continuidade do cuidado à pessoa portadora de DST na percepção dos participantes, pois não há articulação entre os diferentes pontos de atenção para o compartilhamento das informações, o que prejudica a resolução dos problemas do usuário. O que está representado nessas falas nos faz remeter aos sentimentos de angústia e incapacidade vivenciados pelos profissionais entrevistados, no que diz respeito ao papel da APS como coordenadora do cuidado em saúde.

Para Cecílio (2001) os espaços micro são ambientes singulares de cada serviço, nos quais os profissionais, sob a perspectiva da integralidade, buscam a resolutividade máxima para o problema de saúde que a pessoa está vivendo. Esse autor defende que a lógica da integralidade deveria estar presente em “todos os serviços”, mesmo nos superespecializados, que são entendidos como lugares de finalização, da última palavra e, por isso mesmo, descompromissados com a integralidade. É preciso deslocar o foco da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade, uma vez que esta é tarefa para um esforço intersetorial.

A rede de serviços ou de atenção à saúde é compreendida por Santos e Andrade (2011, p.1675) como uma

Forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Assim, o conjunto funcionante desses subsídios facilita e amplia o acesso aos serviços de saúde, causando impacto na qualidade de vida das pessoas, garantindo a equidade e a integralidade da assistência à saúde, que só podem ser obtidas em “rede”. Todavia, os participantes sinalizam a ausência de contrarreferência como uma das barreiras para a garantia da plenitude do cuidado ao portador de DST.

A desconfiança quanto à fidedignidade dos resultados dos exames diagnósticos, bem como a grande espera para o retorno dos mesmos foram presentes nas falas dos participantes, como fatores prejudiciais ao bom

funcionamento da rede de atenção no cuidado às DST dos usuários, conforme as seguintes falas:

A gente até tem um questionamento muito grande com o laboratório. [...] Outro dia mesmo a gente estava [...] discutindo, [...] todo mundo, os coordenadores, os médicos, falando que está muito padrão! [...] Assim, outros bacilos, inflamação, escamoso, glandular e metaplásico só! Mais nada! (ENF8).

Será que o preventivo está sendo eficaz? Porque [...] os laudos vem muito parecidos! [...] Eu tenho medo disso. Eu já fiz mais de [...] 200 preventivos e não vem nada! Nem um NIC peguei aqui, não que [...] viesse no laudo do laboratório HPV. Então aí que fica a minha dúvida! Será que está todo mundo bem mesmo? Eu vejo [...] os sinais lá, mas não vem escrito! Aí me preocupa! (ENF7).

Os exames [...] são muito demorados. [...] O exame ficou pronto hoje, não libera! Só três dias depois, entende? Para mim isso choca! [...] Tem que [...] agilizar algumas coisas para que tudo fique melhor ainda. E que não fiquem tão demoradas as consultas, os encaminhamentos. [...] Como você tem um laboratório para fazer urocultura, também deveria ter um laboratório onde se faz o exame de exsudato vaginal de dentro com cultura da paciente... Tem! Só particular. [...] E isso é muito triste! [...] Eu falo para a paciente, eu posso fazer um tratamento, mas não sei se pode ou não dar certo, porque eu não sei realmente o tipo de bactéria que você tem! [...] Mas aqui, o índice de doença transmissível, pelo menos, as infecções vaginais é grande! Muito grande... demais! (MED1).

Expõe-se assim, certa incapacidade dos profissionais entrevistados, em responder às demandas clínicas apresentadas pelos suspeitos ou portadores de DST, ou mesmo de uma deficiência em organizá-las para produzir ações mais resolutivas, por limitações técnico-operacionais da rede de atenção para o apoio na elucidação diagnóstica, ou na decisão e no manejo terapêutico. Nesse sentido, para Bersusa et al. (2007, p.47) “o enfrentamento dessas questões pelos gestores contribui para a dinamização do fluxo de atendimento, melhorando a qualidade da atenção básica”.

A coordenação do cuidado pelas equipes de atenção primária implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior dos serviços. A integração dos serviços de atenção básica à rede assistencial e a garantia do acesso à atenção especializada de modo a assegurar uma sequência ininterrupta das ações, é um fator decisivo para esse atributo essencial da atenção primária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No entanto, de acordo com Franco e Magalhães Júnior (2007), a assistência à saúde nos serviços de referência e de apoio diagnóstico e terapêutico são pontos importantes de estrangulamento do sistema de saúde brasileiro. Para Silva (2011) existe uma grande demanda por esses serviços à qual não se consegue responder, o que se constitui como desafios importantes a serem considerados na avaliação da integração da saúde no SUS.

Outros aspectos revelados pelas representações, que comprometem o funcionamento da rede de atenção à saúde no cenário em estudo, envolvem os recursos humanos, tais como a sobrecarga de trabalho; precarização do vínculo empregatício, bem como a falta do trabalho interdisciplinar entre os membros da equipe de saúde da família:

Mas o nosso problema não é assim tanto a abordagem... o problema aqui é o tempo. Você não tem tempo para fazer as coisas, porque é uma coisa atrás da outra, sabe? Não dá muito tempo de você elaborar alguma coisa. [...] A demanda é muito grande, muito mesmo. Porque o pessoal é muito carente, e não tem plano de saúde. Então não dá para a gente se dedicar a uma coisa muito em específico. (MED7).

A gente faz muita coisa que não é da gente! Só serviço burocrático! Cumprir meta, cumprir não sei o quê, pré-consulta, é... exames, [...] o tempo todo por conta disso. (ENF2).

Porque eles (gestores) gostam, às vezes, de cobrar de ter que fazer, de ir às escolas, tudo, mas às vezes não dá condições da gente fazer, sabe? [...] Lógico que a gente tem que correr atrás um pouco, mas a gente fica um pouco desestimulada, sabe? Porque se você pede as coisas, não tem e fica só querendo te cobrar, você tem que vir, você tem que fazer, você tem que... entendeu? [...] Desestimula a gente, primeiro que você não tem vínculo. Não, você não tem garantia nenhuma. Você tem um tempo, você não tem vínculo nenhum que te prenda aqui. (DENT1).

Por exemplo, aqui [...] você não tem o contato para você ir ao médico "ah vamos discutir tal paciente",... esse paciente precisa deste atendimento específico, vamos analisar com mais carinho. Então, não tem isso. Não sei nos outros PSF, aqui eu não vejo isso! (DENT2).

Não pensam que a gente é uma equipe, por sua vez a equipe não pensa na gente como equipe, só quando precisa da gente, eu estou falando isso porque eu vejo geral! [...] Aí faz uma reunião de PSF, não chama a gente. [...] Não acho isso legal! Porque que na hora de fazer uma caminhada, na hora de fazer um grupo, eu sou da equipe, e na hora de fazer a reunião eu não sou de equipe. Eu vejo muito isso. (DENT3).

Um fator também que eu acho que complica [...] é a falta de contato profissional entre os profissionais, principalmente os de nível superior que são, normalmente, os que comandam os outros. Para que a gente possa lançar mão um do conhecimento do outro, um do trabalho do outro. Para que isso realmente seja uma coisa integrada. Para que isso realmente seja

uma Saúde Coletiva! Uma saúde integral, que é o que preconiza o SUS. [...] Falta entrosamento profissional, que é o que na minha ótica, é o que mais faz falta na prática do exercício da Saúde Pública, principalmente no âmbito de PSF. (DENT4).

A rede de atenção é imanente aos processos produtivos da saúde. Desse modo, os recursos humanos na atenção primária são elementos essenciais para a rede de atenção à saúde, pois os profissionais atuam como protagonistas nos sistemas de governança em prol da situação de saúde e autonomia das coletividades (GONÇALVES et al., 2014).

Nesse sentido, o modelo assistencial adotado pela ESF, nos moldes da integralidade, da equidade, da humanização e da promoção da saúde é intrinsicamente dependente do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde sob a ótica usuário-centrada, a qual exige uma inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe. Porém, os discursos apontam fragilidades para essa prática, advindas, por um lado, de uma concepção deformada da estrutura e organização do serviço por parte da gestão (aspecto macropolítico) e por outro lado, de uma reflexão quanto às configurações tecnológicas do trabalho dos profissionais para atuar “em equipe” na APS (processos micropolíticos).

Quanto ao aspecto macropolítico, as representações revelam a precarização do vínculo empregatício desses profissionais e também destacam que a sobrecarga de trabalho desses profissionais é gerada pela ênfase quantitativa, dada pelos gestores, aos procedimentos técnicos em detrimento à assistência, e também pelo número excedente de famílias atendidas pela equipe, o que limita o alcance dos objetivos pretendidos pela ESF.

Neste aspecto, percebe-se que ainda é imposto o modelo assistencial “procedimento-centrado”, referido por Franco e Merhy (2007) como um modelo em que o principal compromisso é com a produção de procedimentos. Consequentemente, o compromisso com as necessidades dos usuários torna-se secundário. Logo, a assistência à saúde confunde-se com a extraordinária produção de consultas e exames, obedecendo à lógica de uma sociedade capitalista com suas interferências na modelagem dos serviços de saúde.

A equipe de saúde da família desenvolve ações focalizadas na saúde dirigidas às famílias e ao seu habitat em um território de abrangência específico

(MENDES, 2006). Essa referência territorial tem sido importante e usada, principalmente, como ferramenta para a epidemiologia na ESF. No entanto, para Franco e Merhy (2007), essa ideia nuclear à proposta da ESF, por si só, não muda o perfil dos serviços de saúde, sua forma de produção do cuidado, pois agem apenas sobre arquitetura da ESF, mas não na sua essência, que é estabelecida pelas relações dos trabalhadores entre si e com os usuários.

Em si tratando do vínculo empregatício, Reis, Scherer e Carcereri (2015, p.60) defendem que a condição de trabalho ‘ideal’ exige dos gestores investimento junto aos trabalhadores, no sentido de “propiciar estabilidade e segurança funcional para que desempenhem suas atividades com motivação, compromisso e tranquilidade”. O contrato temporário configura-se como uma ameaça para o estabelecimento do vínculo do profissional com o serviço e a população atendida, característica tão inerente ao trabalho na ESF. Neste estudo, quase a totalidade dos profissionais entrevistados são contratados para prestação de serviços por tempo determinado.

Em relação aos processos micropolíticos, o isolamento dos profissionais em seus saberes e responsabilidades específicos, representados nas falas dos participantes, compromete de forma desfavorável, tanto a organização do serviço para um trabalho em equipe, quanto a agilidade para enfrentamento dos problemas no cotidiano da APS. A interdisciplinaridade ainda é uma realidade distante das práticas predominantes na ESF, seja por uma disputa de poder-espço ou uma autoafirmação da especialidade (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; MARQUI et al., 2010; SCHERER, PIRES, JEAN, 2013;).

A interdisciplinaridade “implica o diálogo com outras fontes de saber, em valorizar o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico” (SCHERER, PIRES, 2011, p. 79). Todavia, essa integração não é apenas do conhecimento, mas também das ações, que numa íntima relação entre si, favorecem a produção do cuidado em saúde a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho para o enfrentamento dos problemas cotidianos da atenção primária (SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

O fato é que enquanto não houver um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, permitindo maior autonomia e criatividade dos envolvidos, não se pode dizer que há trabalho em equipe. Situação que, segundo Franco e Merhy (2007), somente poderá

ser alcançada, diante da perspectiva do usuário-centrado em detrimento ao paradigma médico-centrado.

Destaca-se também nas representações desses trabalhadores, a presença do sentimento de isolamento dos cirurgiões-dentistas em relação à integração entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família, como dificuldade para implantar a proposta da interdisciplinaridade entre os profissionais, como se percebe nos recortes abaixo:

A odontologia ainda é... meio que de lado, a boca é uma coisa, o corpo é outra. Tem ainda essa diferença. Eu vejo às vezes assim, aqui até que a gente interage bem, às vezes participa de grupo de gestante e tudo. Mas, normalmente a odontologia, ela é isolada. (DENT1).

A odontologia entrou no PSF depois que ele estava montado. E o PSF é muito a figura do médico e do enfermeiro. [...] E... quando o dentista entrou, ele caiu meio de paraquedas. E nós não tínhamos a formação de PSF. A formação odontológica é entre quatro paredes. Com raras exceções de quem se identifica com esse serviço público. [...] O nosso serviço é muito assistencialista. Ninguém faz para gente! [...] Os mais novos ainda pensam um pouquinho diferente, mas também não pensam com cabeça de PSF. (DENT3).

O individualismo profissional e valorização da especialidade presentes nas representações dos cirurgiões-dentistas entrevistados impedem a ampliação para a percepção abrangente do cuidado integral ao sujeito-indivíduo, sobretudo ao sujeito-coletivo. Farias e Sampaio (2010) apontam que o cirurgião-dentista possui uma visão reduzida do seu objeto de trabalho, a boca, o que os torna alheios às práticas similares desenvolvidas por médicos e enfermeiros, constituindo-se em um apêndice à ESF.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004, p.6):

A equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. [...] A equipe de saúde bucal deve ser - e se sentir - parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

Dessa maneira, podemos inferir que a insatisfação demonstrada pelos cirurgiões-dentistas entrevistados quanto à desarticulação do seu trabalho ao do restante da equipe, tem origem, de certa forma, em sua formação profissional. Os resultados de estudos como os de Farias e Sampaio (2010; 2011), de Reis, Scherer e Carcereri (2015) corroboram acerca da necessidade da formação profissional do cirurgião-dentista voltada para uma prática inserida no âmbito de uma equipe interdisciplinar com o desenvolvimento de habilidades exigidas para a ESF.

Aprofundando essa discussão, as representações dos cirurgiões-dentistas entrevistados substanciam essa necessidade da qualidade das suas formações profissionais para atender à filosofia do cuidado na ESF e, notadamente, do cuidado ao portador de DST, como se observa nos recortes das representações abaixo:

Falta para gente, dentista, essa percepção e muitas vezes para as faculdades, saber o que é PSF, quase ninguém sabe. [...] Você aprende o que é PSF se você tem perfil para aquilo ali. Não é porque o salário é melhor um pouquinho. É se você tem perfil realmente! A gente tem que ter perfil, para conversar. Cansa? Cansa!... Cansa dar palestra, cansa falar... mas, é o nosso trabalho! [...] E o dentista, nessa inserção de PSF, ele não é muito qualificado. A maioria não é qualificada para isso. [...] E agora nessa questão do DST, falta também para gente muito manejo e muita capacitação, [...] porque [...] hoje o aidético é outro público, porque na minha época, era aquele magrinho, que acabava, era homossexual e rapidinho ele morria. A não ser quem tinha dinheiro e poderia tomar os coquetéis. (DENT3).

Na realidade, a gente fica um pouco restrita aqui. [...] A gente não tem orientação, a gente não tem um curso, sabe? Igual assim, educação continuada. [...] Então a gente fica um pouco limitado nesta área. [...] Então na realidade a gente já tinha que ficar preparado para este atendimento. E a gente não tem. Não tem orientação, não tem nada, nem para dentista, nem para auxiliar. Em termos de higienização, limpeza pós-procedimento. Porque você tem que considerar que todo paciente é um "possível". Mas a gente na realidade não entende assim, e não foi educado para isso também. Porque a prefeitura não tem esse trabalho de fazer curso, de você dar uma atualizada, sobre o que você vai atender e principalmente DST. (DENT2).

O modelo vigente da formação do cirurgião-dentista prioriza-o a pensar uma prática mais voltada para as questões biológicas, individual e autônoma, e isso influi no processo de trabalho desse profissional isolando-o e impedindo a troca de saberes deste com os outros membros da equipe (FARIAS; SAMPAIO, 2011). Logo, faz-se indispensável uma efetiva mudança no processo de formação, de gestão e de

trabalho, em que o pensar e o fazer desse profissional requer uma nova lógica. Lógica esta centrada em habilitá-los a ressignificarem seus saberes e o modo de lidar com as realidades concretas, ao serem capazes de articular os princípios gerais do SUS com os princípios específicos da APS e da ESF para o atendimento aos problemas de saúde da população, incluindo os portadores de DST.

O processo de trabalho na ESF exige a priorização dos dispositivos da integralidade e da filosofia da equidade que, quando ausentes, podem contribuir para que os profissionais tenham dificuldade de utilizar esses referenciais em sua prática profissional. O autogoverno desse trabalhador sobre o modo de fazer a assistência é que determina, muitas das vezes, o perfil do modelo assistencial em saúde.

Portanto, há de se ressaltar que a complexidade do objeto da saúde exige o “recriar” da atuação dos profissionais de vários campos do conhecimento que atuam nessa área e não se reduz apenas à organização da atenção em determinado nível. Envolve também, a necessidade de se conectarem para a produção do cuidado como resultado de uma vontade ou desejo propulsor desses trabalhadores em fazer investimentos afetivos na ideia de se responsabilizar, de conduzir processos, de facilitar o acesso, de proporcionar conforto e proteção, ou seja, de cuidar com base na organização de processos de trabalho mais relacionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao princípio da equidade são atribuídos diversos significados, que ancorados em diferentes valores éticos, podem influenciar o modo de se fazer a assistência em saúde. As DST têm-se apresentado como situações que culturalmente trazem estigma, preconceito e discriminação ao seu portador. Esse cenário constitui-se como campo fértil para que velhas e novas representações sejam elaboradas. Entendemos que as representações que os profissionais de saúde da APS elaboram sobre o princípio da equidade podem elucidar a compreensão em relação às estratégias de enfrentamento por eles adotadas para o cuidado efetivo às pessoas com suspeita ou diagnóstico de DST.

O profissional de saúde ocupa uma posição estratégica no processo de consolidação do SUS, uma vez que a construção de iniciativas e as ações transformadoras das práticas estão atreladas à maneira como este compreende as bases conceituais e filosóficas do sistema, bem como a práxis dos seus preceitos legais.

Neste estudo, os participantes revelam um conhecimento ainda pouco aprofundado sobre os princípios que regem o SUS. Estes não são apreendidos no espaço cotidiano do processo de trabalho em saúde, o que demonstra que existem fragilidades na formação e no desenvolvimento das habilidades dos profissionais com o propósito de atender a demanda do SUS. Entretanto, o princípio da universalidade e o do direito à saúde às pessoas, faz parte dos discursos como alicerce que norteia a priorização das ações de saúde para a população, em função desse direito social instituído.

Foi possível reconhecer que não existe um entendimento único para o princípio da equidade nem na literatura, nem entre os profissionais entrevistados. Em um processo conceitual, apesar de sua polissemia, a noção da equidade para alguns participantes encontra como fundamento, a defesa de uma situação de justiça a ser instaurada mediante as diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, tendo-as como base para uma atenção mais justa, equitativa e apropriada.

Esse respeito e valorização das diferenças no campo da saúde são contrastados às representações de outros participantes que, ancorados no princípio

da universalidade, reconhecem que as ações de saúde encontram convergência na “igualdade”, ou seja, igualdade das ações de forma generalizada, como um princípio ético constitucional que está alicerçado pela garantia igualitária do acesso às ações e serviços a todos os cidadãos. Essas representações nos levam a ressaltar que a não individualização do cuidado em saúde acaba por desconsiderar as singularidades humanas.

A possibilidade de conhecer os variados entendimentos dos participantes sobre a equidade no SUS, inscritos na prática profissional, mostrou aspectos intrínsecos à visão dos profissionais entrevistados em relação à vulnerabilidade dos indivíduos. As desigualdades em situação de saúde, a diversidade do modo de vida, ou mesmo o acesso diferenciado balizam as ações de saúde de alguns entrevistados sob a premissa da equidade. Estes entendem que reconhecer a influência dos determinantes sociais na saúde dos indivíduos implica em uma abordagem profissional mais equânime e menos normatizada. Eles destacam que a escuta, o vínculo e a postura de resolutividade viabilizam um cuidado em saúde pautado no entendimento das subjetividades e necessidades de saúde das pessoas que vão além da doença.

Porém, a ênfase à priorização das ações curativistas aos casos de adoecimento dos grupos vulneráveis, ou aos encaminhamentos destes para outros pontos de atenção, característicos do modelo médico hegemônico, também estão presentes nas representações de alguns participantes. Nessa maneira de perceber a equidade no seu exercício profissional, estes permanecem fortemente orientados pelo enfoque centrado na doença e na sua cura, organizando suas agendas de trabalho segundo critérios de problemas de saúde ou patologias, o que compromete a oferta de práticas em saúde para lidar com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e de adoecer.

As representações revelaram que as necessidades de saúde dos indivíduos com suspeita ou diagnóstico de DST são permeadas por estereótipos de gêneros e mitos sobre a sexualidade. Para os participantes, a vulnerabilidade dos indivíduos às DST está influenciada pela relação desigual de gêneros, sócio e culturalmente determinada. Nesse sentido, a existência do medo do diagnóstico ser publicamente revelado; do preconceito acerca dos comportamentos moralmente inaceitáveis e de risco dos homens; do sentimento de resistência dos homens e de vergonha das mulheres em realizar exames clínicos repercutiram como uma realidade

representada pelos profissionais do estudo. A constatação desta realidade é prioritária para a compreensão da importância de se ampliar a abrangência das intervenções conforme as necessidades peculiares das pessoas com DST, com vistas à superação da abordagem biológica, considerando os valores inerentes a esses portadores, por meio de uma efetiva aproximação do sujeito que cuida com o sujeito que é cuidado.

No encontro do profissional com o usuário, na temática do cuidado em saúde ao portador de DST, as representações sociais dos participantes fazem ressonância com as relacionadas às necessidades dos portadores de DST, em que os aspectos clínicos e os psicológicos estão associados ao estigma e preconceito dessas doenças. Ainda que a natureza das representações das práticas dos profissionais deste estudo pareça estar voltada para a cura e terapêutica, muitas foram as falas que remeteram à relevância das tecnologias relacionais (o diálogo, a escuta, a orientação) como possibilidade de tornar mais precioso o manejo clínico, em uma progressiva aproximação com a maneira como os portadores de DST vivem seus problemas. A preservação do sigilo e a ética na assistência em saúde sexual fazem parte do imaginário dos participantes como condições primordiais para que a confiança seja estabelecida na relação entre eles e os portadores de DST, devido às questões implícitas à sexualidade ou aos comportamentos socialmente inaceitáveis.

Considerando essas particularidades dos sintomáticos às DST, as representações revelam pouca qualificação dos profissionais da APS, em geral, acerca da questão ética na atenção à saúde, bem como a ausência de infraestrutura das UBS para acolhê-los. Estes aspectos se apresentam como entraves do próprio sistema, no que tange aos desafios para os gestores do SUS.

Numa perspectiva coletiva, os entrevistados percebem que o encontro com as pessoas sintomáticas de DST oportuniza a extensão das ações aos parceiros, com o tratamento clínico e a oferta de orientações quanto à importância do comportamento seguro para a prevenção das DST e para a interrupção da cadeia de transmissão.

Observamos também que os profissionais entendem que a identificação de grupos de risco para DST é uma medida preventiva para controle dessas doenças. Nesse sentido, é oportuno considerar que a incorporação do entendimento das vulnerabilidades é fundamental para a compreensão do cuidado às pessoas com DST, tendo como elemento de apoio o princípio da equidade. Este fato evidencia a possibilidade de remodelagem das práticas em saúde, uma vez que elementos

contextuais e socioculturais também são agregados ao processo saúde-doença. Atrelar a dialética da interpretação do princípio da equidade à finalidade de ressignificação que cada profissional exprime no seu processo de cuidar poderá servir como estímulo para ultrapassar o campo extremamente biologicista do cuidado para o acesso às reais necessidades humanas de saúde dos indivíduos com DST.

Nas representações dos profissionais, sobre as “maneiras de se fazer” o princípio da equidade no cuidado à pessoa com DST, percebemos a desconstrução de uma visão curativista, biológica e fragmentada para acessar a valorização de tecnologias que possibilite o cuidado cuidador. As novas representações explicitam questões como o compromisso ético com a vida, o cuidado sem discriminação ou preconceito, a garantia do acesso e do atendimento preferencial, o vínculo, a corresponsabilização pelo usuário, além da longitudinalidade do cuidado. Essas representações podem denotar a incorporação de novos olhares para a lógica dos serviços de saúde, na perspectiva da dimensão cuidadora e da produção de tecnologias relacionais em função das necessidades de saúde. Constatamos que, sob a lógica da equidade, os profissionais, de certa forma, se movimentam em prol da vulnerabilidade apresentada pelos portadores de DST, buscando fazer uso de estratégias e táticas de enfrentamento condizentes com suas singularidades.

Em relação à rede de cuidado em saúde aos suspeitos ou portadores de DST, as representações revelam barreiras e fragilidades da equidade no cenário dos profissionais entrevistados. Os aspectos explicitados nas falas como, a inexistência da contrarreferência na rede; as limitações técnico-operacionais do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico; a sobrecarga de trabalho; a precarização do vínculo empregatício; bem como a falta de trabalho interdisciplinar entre os membros da equipe da APS comprometem a resposta adequada às demandas apresentadas pelos indivíduos com DST. Em busca de uma visão em rede, faz-se necessário um olhar atento dos trabalhadores e, principalmente dos gestores, para conformação estrutural e organizativa dos serviços de saúde nos moldes de um modelo assistencial usuário-centrado.

As representações sociais como forma dos sujeitos exprimirem os significados que dão às suas experiências no mundo social, no qual todo pensamento, crença e atitude são valorizados, nos permitiram acessar os aspectos envolvidos com relação ao princípio da equidade e o cuidado em saúde ao portador

de DST. No entanto, salientamos que por ser qualitativo, este estudo possui limitações. Não se pretende definir como verdade absoluta toda a discussão proporcionada por essas representações, uma vez que o conhecimento socialmente elaborado e partilhado neste estudo contribuiu para a construção de uma realidade comum ao conjunto social desses trabalhadores de saúde.

Porém, espera-se que os resultados deste estudo possa contribuir para orientar reestruturações no processo de trabalho dos profissionais da APS e na organização da rede de serviços ao portador de DST. O debate relacionado ao tema “equidade”, especificamente sob o ponto de vista conceitual e prático, traz subsídios para a remodelagem das práticas em saúde sob a lógica das tecnologias relacionais, como caminho promissor para um cuidado condizente com as efetivas demandas dos diversos segmentos da população.

As experiências dos participantes do estudo indicam a imprescindível transição tecnológica do processo de cuidar em busca da equidade, que poderia ser possível mediante - a valorização das subjetividades e do encontro entre os sujeitos; como também de gestões “porosas” às necessidades dos trabalhadores e à vulnerabilidade dos indivíduos; além de ações pautadas no empoderamento da autonomia e do autocuidado dos indivíduos na escolha do modo de “andar a vida”.

O princípio da equidade traz o desafio de romper com as práticas em saúde há tanto cristalizadas para a construção de um modelo assistencial que não limite qualquer possibilidade de agregar o novo e o inesperado em defesa da saúde universal, equitativa, justa e solidária. Repensar, revisitar e incluir esse princípio na cena cotidiana do trabalho em saúde é uma possibilidade de ressignificar o encontro com o outro, na busca de uma prática em saúde efetivamente cuidadora. A equidade introduz a ideia e o direito à diferença, devendo ser compreendida como finalidade e não como um método, em que o usuário seja percebido como a principal razão de ser dos serviços de saúde, numa lógica inclusiva do conceito da diversidade.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 155-172.

_____. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: ABRIC, J.C. (Org.). **Pratiques Sociales et Représentations**. Paris: PUF, 1994. p. 59-82.

ACÚRCIO, F. A. Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil. In: MARCOLINO, H. et al. (Coord.) **Projeto Multiplica SUS**: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.23-40.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 (suplemento), p. 23-36, 2002.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.) **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.

AMARANTE, P.; COSTA, A.M. **Diversidade cultural e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 68p.

ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.15, n.38, p.651-62, jul./set.2011.

AYRES, J. R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set.2003/fev. 2004.

_____. Práticas educativas e prevenção e HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.6, n.11, p.11-24, ago.2002.

AYRES, J. R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 375-417.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n.3, p. 855-868, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.279 p.

BELDA JÚNIOR, W. **Doenças sexualmente transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 2000.225p.

BERSUSA, A.A.S. et al. Entendendo a realidade dos serviços: análise dos resultados. In: PAULA, I. A.; GUIBU, I.A. **DST/aids e rede básica**: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde, 2007. p.34-50.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 5 de outubro de 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. Lei Orgânica da Saúde 8080. 19 de setembro de 1990a. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/potal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. Lei Orgânica da Saúde 8142. 28 de dezembro de 1990b. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 30 ago.2014.

_____. Portaria GM nº1.882, 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso de Atenção Básica – PAB e sua composição. Disponível em:<www.saude.pr.gov.br/arquivos/.../PortGM1882_18Dezembro_1997.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids**: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. 16p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: out.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 197 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação geral de apoio à gestão descentralizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 76p.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. 216 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalência e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 224p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 80p.

_____. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme 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 estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Portaria nº 2472, de 31 de agosto de 2010. Diário Oficial da União. Brasília, 1/set/2010, seção 1, p.50-51.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção Progestores - Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a. 197 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores - Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011b. 291 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 126p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 2012b.

_____. **Departamento de DST, aids e hepatites virais: DST no Brasil**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em: 19 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120p.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.97-104, 2005.

BREILH, L. La inequidade y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. In: BREILH, J. **Cuerpos, diferencia y desigualdades**. Bogotá: Utópica Ediciones. 1998. p.130-141.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Supl. 3), p.3569-3578, 2010.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. Apresentando o Logos: um gerenciador de dados textuais. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.286-7, 2000.

CAMPOS, F.C.C. Necessidades em saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. **CONSENSUS – Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, ano III, n. 9, p. 44-53, out./nov./dez. 2013.

CAMPOS, G. W.S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.23-33, maio/ago. 2006.

CAREY, G.; CRAMMOND, B.; DE LEEUW, E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. **International Journal for Equity in Health**, London, v.14, n.81, p.1-8, 2015.

CARVALHO, S.C. et al. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.2, p.711-718, 2014.

CAVALEIRO, M.P.T.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v.1, p.19-27, dez. 2011.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO R., MATTOS R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p.113–26.

CECCIM R.B., FEUERWERKER L.C.M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CHAGAS, H.M.A.; VASCONCELLOS, M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v.22, n.2, p. 377-388, 2013.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 144p.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 171-183, 2010.

COHN, A. O Estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 231-258.

COMTE-SPONVILLE, A. **Dicionário filosófico**. Tradução: Eduardo Grandão. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

COTTA, R. M. M. et al. Políticas de Saúde no Brasil e o Desenho do Sistema Nacional de Saúde. In: **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa: Editora UFV, 2013a. p.87-120.

_____. Sistema Único de Saúde: antecedentes históricos, princípios, diretrizes, legislação estruturante, arcabouço jurídico-institucional e organização operacional. In: **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa: Editora UFV, 2013b. p.121-176.

DEPARTAMENTO DE DST E AIDS e hepatites virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-faz-o-departamento>>. Acesso em: 19 maio 2014.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. Os Pensadores. São Paulo: Abril, 1978.

ELIAS, P.E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos de pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.275-286, 2005.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-435.

FACHINNI, L.A.; GARCIA, L.P. Evolução e avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.39-60.

FAGUNDES et al. Sexually transmitted diseases in a specialized STD healthcare Center: epidemiology and demographic profile from January 1999 to december 2009. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.88, n. 4, p.523-9, 2013.

FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. Integração da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.34, n.4, p. 745-757, out./ dez. 2010.

_____. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **RGO – Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.109-115, jan./mar., 2011.

FARR, R. M. Representações sociais: A teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) **Textos em Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 31-59.

FERNANDES, M.F. P. Evolução filosófica da ética. In: OGUSSO, T.; ZOBOLI, E.L.C.P. (org.). **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole, 2006. p.1-26.

FERNANDEZ, J.C. A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v.23, n.1, p.167-179, 2014.

FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.378-84. abr./jun. 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.18, p.498-506, 2005.

FIGUEIREDO; N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem**: práticas para o cuidado em Saúde Coletiva. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007. 312p.

FINKELMAN, J. **Análise de equidade**: saúde. Brasília: OPAS, 2000.

FLEURY, S. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.43, p.44-52, jun.1994.

FLEURY; S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FORTES, P.A.C. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. (orgs.). **Bioética e saúde pública**. 3ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009. 167 p.

FRANCO, T.B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v.24, supl.1, p.102-114, 2015.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-134.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; ARAUJO, R. (org). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.181-194.

_____. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

GILSON, L. Aceitabilidade, confiança e equidade. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.163-190.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.575-625.

_____. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71 p.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine, 1967.

GONÇALVES, C.R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.. 38, n.100, p. 26-34, jan./mar. 2014.

GRACIA, D. **Fundamentos da bioética**. Madri: EUDEMA, 1989.

GRANJA, G.F.; ZOBOLI, E.L.C.P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p. 3759-3764, 2013.

GRAZIANO, A.P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre a necessidade de saúde das famílias. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.3, p.650-656, 2012.

HÖIJER, B. Social Representations Theory: a New Theory for Media Research. **Nordicom Review**, Goteburgo, v.32, n.2, p.3-16, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Brasília: IBGE. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160211.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2014.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p. 17- 44.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1903-1914, 2012.

LINARD, A.G. et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.1, p.114-120, 2011.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: ago.2014.

MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. **Internacional Journal for Equity in Health**. Baltimore, v.1, n.1, 2002. Disponível em: <<http://www.equityhealth/healthj.com/content/1/1/1>> Acesso em: ago.2014.

MADUREIRA, V.S.F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.1807-1816, 2008.

MALTA, D, C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.433-44, 2004.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.14, n.34, jul./set. 2010.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 956-961, 2010.

MARSIGLIA, R.M.G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JÚNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade, e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.2, p. 69-76, maio./ago. 2005.

MARTINS, R.J. et al. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p.75-82, 2009.

MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p. 61-80.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.I, p. 771-780, 2009.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. Que rumo tomar agora em relação à equidade? In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 313-337.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 108 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13^a ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MELO, L. A Saúde da Família completa 20 anos e os parabéns são para você, trabalhador da saúde! **Rev. Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano XIV, p. 40-50, maio/dez.2013.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1493-1497, 2009.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MONTEIRO, A.L.; VILLELA, W.V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Psicologia Política**, v.9, n.17, p. 25-45, jan/jun.2009.

MOONEY, G. A equidade no contexto da diversidade cultural e da diversidade de sistemas econômicos. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 83-104.

MORETTI-PIRES; R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v.22, n.4, p.439-444, 2009.

MOROSINI, L. Sementes da Reforma Sanitária. **Radis**, Rio de Janeiro, n.145, out.2014.

MOSCOVICI, S. **Social Influence and Social Change**. Londres: Academic Press. 1976.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291p.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 404p.

NADAL, R. N.; MANZIONE C. R., Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. **Rev Bras. Coloproct**, Rio de Janeiro, v.23. n.2, p.128-129, 2003.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(Suppl), p.77-87, 2002.

NEVES, L. A.S. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas**. 2005. 114 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2005.

NICHIATA, L.Y.I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, (Esp.2), p. 1769-73, 2011.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. S. Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M; ZOBOLI, E.L.C.P. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.15, n.37, p.363-75, abr./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, 1979. 64 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual**. Ginebra, 2005.

PALÁCIO, M. B., FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O cuidado em HIV/Aids e a Atenção Primária em Saúde: possibilidade de integração da assistência. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 3, p. 360-367, jul./set. 2012.

PAIM, J. S. Determinantes. **Almanaque DANT**- Doenças e agravos não-transmissíveis, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, ed. 7, p.4-6, dez.2012.

_____. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.34-46, maio/ago.2006.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 148 p.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2 ed. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. 356p.

PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** [online]. Maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdf/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 6 out.2014

PASSOS, J.R.C. Justiça e equidade em Aristóteles. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v.14, n.28, ago.2009.

PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M; PORTO, F. Equidade e resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de saúde. Um estudo compreensivo. **Brazilian Journal of Nursing** [online], v.6, n.3, p 1-10, 2007.

PENCHANSKY, R. **The concept of Access**: a definition. Hyattsville: National Health Planning Information Center, 1977.

PERELMAN, C. **Ética e direito**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.722p.

PESSALACIA, J.D.R.; OLIVEIRA, V.C.; GUIMARÃES, E.A.A. Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio bioético da justiça. **Rev. Enferm. Cent. O. Mineiro**, Divinópolis, v.1, n.2, p.283-295, abr./jun. 2011.

PINHEIRO, M.C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.21, v.2, p.449-458, mar./abr. 2005.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos e constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p.11-31.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 6 out.2014.

RAWLS, J. **Uma teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. **Justiça como equidade**: uma reformulação. Trad.Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

REIS, R. K.; GIR, E. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v.36, n.4, p.376-85, 2002.

REIS, W.G.; SCHERER, M.D.A.; CARCERERI, D.L. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan./mar.2015.

RIZZOTO, M. L. F.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.15, n.38, p.793-803, jul./set. 2011.

RODRIGUES, L.M.C. et al. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.16, n.1,p. 63-9, jan/mar.2011.

ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736 p.

ROUSE, C.M. Paradigms and politics: shaping health care Access for sickle cell patients through the discursive practices of biomedicine. **Culture, Medicine and Psychiatry**, n.28, p. 369-399, 2004.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110 p.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1671-1680, mar.2011.

SANTOS, G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: Campos, 1987.

SANTOS, A.M. et al. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centro urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p.2687-2702, 2012.

SARLET, I.W.; FIGUEIREDO, M.F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In: KEINERT, T.M.M.; PAULA, S. H. B.; BONFIM, J.R.A. **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 25-62.

SCHERER M.D.A.; PIRES D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.5, n.1, p.69-84, 2011.

SCHERER, MDA.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n11, p.3203-3212, 2013.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.1, n.1, p.123-38, 1997.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEME, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.29-47.

SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 (supl.), p.203-211, 2002.

SILVA, C.M. Equidade e promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.11, n.4, p.451-458, out./dez. 2008.

SILVA, G. A. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. Juiz de Fora: UFJF, 2004. 155p.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.16, p.2753-62, 2011.

SILVA JÚNIOR, A.G.; PONTES, A.L.M.; HENRIQUES, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 93-110.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v, 16, n.3, p.85-91, 2007.

SOUZA, B.B. et al.. A política de Aids no Brasil: uma abordagem histórica. **J. Mang. Prim. Health Care**, Olinda, v. 1, n.1, p.23-26. 2010.

SOUZA, R.R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41 (Esp), p. 765-770, 2007.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M.P.B. **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo: Educ. 1999. p.126-138.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, Inglaterra, v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito** (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

THIEDE, M. Information and Access to health care; is there a role for trust? **Social Science and Medicine**, n.61, p. 1452-62, 2005.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.137-162.

TORRES, C.A.; BESERRA, E.P.; BARROSO, M.G.T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.11, n.2, p.296-302. jun.2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação; o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2013. 175p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 507-14, 2005.

VAL, L. F. **Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/AIDS: a vulnerabilidade programática nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo.** 2012. 273f. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **Rev. São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.58-68, 2003.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.181-190, 2013.

VILLELA, W.V.; OLIVEIRA, E.M. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 317-332.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. ; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 sup.2, p. 217-226, 2009.

WHITEHEAD, M. **The concept and principles of equity and health.** Washington DC: Pan American Health Organization, v.6, n.3,1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: Health Systems, Improving Performance.** Geneva: Who, 2000.

_____. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates.** Geneva, 2001.

_____. **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015: breaking the chain of transmission.** Geneva, 2007.

_____. **Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012.** Geneva, 2013a.

_____. **The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health.** Geneva, 2013b.

APÊNDICE A – Autorização da Secretaria de Saúde do Município de Viçosa – MG para realização da pesquisa

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ao Ilmo Sr. Secretário Municipal de Saúde de Viçosa – MG
Dr.Sérgio Norfino Pinto

Viçosa, 23 de dezembro de 2014.

Prezado Senhor Secretário,

Venho solicitar de V.S. a autorização, enquanto pesquisadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na modalidade de Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), para realizar uma pesquisa com os(as) médicos(as), os(as) enfermeiros(as) e os(as) dentistas que trabalham nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) estruturadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Viçosa. O trabalho conta com a orientação da Prof^a. Dra. Girlene Alves da Silva.

A apreensão das informações se dará por meio de uma entrevista semi-estruturada contendo questões que permitam alcançar os objetivos propostos, sendo todas as respostas gravadas em meio magnético.

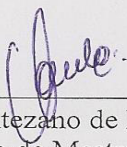
Esclareço que as respostas atenderão à finalidade de um trabalho científico, incluindo a elaboração do projeto de dissertação e relatório de defesa a serem apresentados para banca examinadora da Faculdade de Medicina da UFJF e divulgação em meio científico, como atividade obrigatória para conclusão do curso de Mestrado em Saúde Coletiva.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. O título provisório é “Representações sociais de trabalhadores da estratégia de saúde da família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis”. Os objetivos do estudo são: analisar as representações sociais sobre o princípio da equidade para os trabalhadores da ESF no cuidado em saúde aos portadores de DST; e discutir a relação existente entre as representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre o princípio da equidade e o cuidado em saúde aos portadores de DST.

Ressalto que o referido projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, e todas as exigências éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente cumpridas.

Desde já agradeço a atenção dispensada e coloco-me à disposição para o que se fizer necessário.

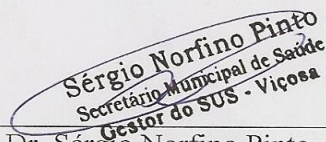
Atenciosamente,



Alessandra Montezano de Paula Carvalho
Pós-graduanda do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina – UFJF
Tel: (31) 8793-4718

AUTORIZADO EM (DATA) 23/12/14

ASSINATURA E CARIMBO: _____



Dr. Sérgio Norfino Pinto
Secretário Municipal de Saúde de Viçosa – MG

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário a participar da pesquisa “Representações sociais de trabalhadores da estratégia de saúde da família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis”, que está sendo desenvolvida por Alessandra Montezano de Paula Carvalho, pós-graduanda do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, sob a orientação da Profa. Dra. Girlene Alves da Silva. Esta pesquisa é apoiada pela Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa.

Nesta pesquisa pretendemos analisar as representações sociais sobre o princípio da equidade para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST); e discutir a relação existente entre as representações sociais dos trabalhadores de saúde sobre o princípio da equidade e o cuidado em saúde aos portadores de DST. O motivo que nos leva a estudar esse tema se refere à inexistência de estudos científicos quanto à visão dos profissionais de saúde sobre o princípio da equidade, no que diz respeito ao seu conceito e sua operacionalização aos portadores de DST.

A pesquisa poderá contribuir, a médio e longo prazo, para a elaboração de diretrizes, parâmetros e estratégias de políticas públicas que facilite a prática da equidade no dia-a-dia do cuidado em saúde aos portadores de DST, bem como auxiliar na educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos diretamente neste cuidado, com informações pertinentes às necessidades desses trabalhadores.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista orientada por um roteiro semiestruturado contendo em uma parte, dados de identificação do participante, e em outra, quatro perguntas norteadoras. Essa entrevista será gravada em fita magnética, a fim de assegurar a fidedignidade das informações, e em seguida será transcrita na íntegra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

O (a) Sr.(a) terá esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua participação não lhe trará nenhum custo ou compensação financeira. Como se trata de uma entrevista é sabido que o risco que o Sr.(a) está sendo submetido é mínimo, mas caso ocorra e seja comprovada a relação com a pesquisa, a pesquisadora será responsável pela indenização.

Os encontros serão agendados de acordo com a sua disponibilidade e a da pesquisadora, em local previamente definido entre ambos. Ao final da entrevista e da pesquisa, se for de seu interesse, lhe será permitido o livre acesso ao conteúdo das mesmas.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto significa que em nenhum momento do estudo será divulgado o seu nome, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa e os resultados serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e, caso você desejar, lhe será disponibilizado a cópia do texto elaborado da entrevista para conferência e a garantia de que nada será publicado sem autorização.

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, estarei à sua disposição através do tel.: (31) 8793-4718, email: aledemufv@gmail.com ou na

Faculdade de Enfermagem/Campus Universitário/Martelos/Juiz de Fora/MG-CEP 36130.033, a Profa. Dra. Girlene Alves da Silva (Tel.: (32) 2102-3297).

Este termo impresso será assinado por você e pela pesquisadora em duas vias originais, ficando uma via arquivada com a referida pesquisadora no município de Viçosa, e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

Agradeço a sua colaboração e solicito o seu acordo neste documento.

Atenciosamente,
Alessandra Montezano de Paula Carvalho

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Representações sociais de trabalhadores da estratégia de saúde da família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Viçosa, _____ de _____ de 2015.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Alessandra Montezano de Paula Carvalho

Endereço: Av. Peter Henry Rolfs, s/n – Campus Universitário

CEP: 36570-900 / Viçosa – MG

Fone: (31) 3899-3906

E-mail: aledemufv@gmail.com

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturado

Título: Representações sociais de trabalhadores da estratégia de saúde da família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis

Pesquisadora: Alessandra Montezano de Paula Carvalho

Orientadora: Girlene Alves da Silva

ROTEIRO DA ENTREVISTA

I - Identificação

- Nome da UAPS de referência: _____
- Data da entrevista: _____ Início: __:__ Término: __:__
- Categoria Profissional: () Dentista () Enfermeiro () Médico
- Código do participante: 1 DENT:____ 2 ENF:____ 3MED:____
- Data de nascimento: ____/____/____.
- Sexo: _____
- Situação conjugal: _____
- Religião: _____
- Tempo de formação: _____
- Tempo de trabalho na ESF: _____
- Turno de trabalho na Unidade: _____
- Vínculo trabalhista: _____
- Possui algum tipo de especialização (mínima de 360 horas) na área de DST? _____
- Você recebeu treinamento para:
 - (1) abordagem sindrômica das DST
 - (2) aconselhamento para DST
 - (3) Vigilância Epidemiológica das DST

II - Questões norteadoras da entrevista

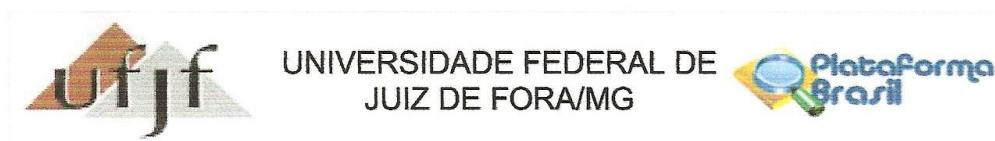
- De quais princípios do SUS você se recorda?
- O que você pensa sobre o princípio da equidade no SUS?
- Como você realiza o cuidado ao portador de DST em seu trabalho na ESF?
- Como você vê a equidade no seu cuidado em saúde para os portadores de DST na Estratégia de Saúde da Família?

APÊNDICE D – Relação dos profissionais de saúde das UBS com Estratégia de Saúde da Família do município de Viçosa – MG

UBS	Méd.	Enf.	Dent.	THD	Téc. Enf.	Aux. Saúde Bucal	ACS	Aux. Ger.	Aux. Escr.	Total
UBS SILVESTRE	01	01	01	-	01	01	05	01	01	12
UBS NOVO SILVESTRE	01	01	01	01	01	-	04	-	01	10
UBS AMORAS	01	01	01	01	01	-	08	01	01	15
UBS CACHOEIRINHA	01	01	01	01	01	-	03	01	01	10
UBS NOVA VIÇOSA/POSSES	01	01	01	01	01	-	08	-	-	13
UBS NOVA ERA/INÁCIO MARTINS	01	01	-	-	01	-	08	-	-	11
UBS SANTA CLARA	02	02	-	-	01	-	07	01	01	14
UBS SANTO ANTÔNIO I	01	01	-	01	01	-	06	01	-	11
UBS SANTO ANTONIO II	01	01	01	-	01	01	07	01	01	14
UBS SÃO SEBASTIÃO	01	01	-	-	01	-	08	01	-	12
UBS SÃO JOSÉ/BARRINHA/CIDADE NOVA	02	01	01	01	01	-	08	01	01	16
UBS SÃO JOSÉ DO TRIUNFO	01	01	01	01	01	-	07	01	-	13
UBS BOM JESUS	01	01	01	-	01	-	07	01	02	13
UBS JOÃO BRAZ	01	01	-	-	01	-	05	-	01	09
TOTAL	16	15	09	07	14	02	91	10	10	173

Quadro 2 - Profissionais da Atenção Básica com ESF, Viçosa - MG, 2014.

Fonte: Coordenação da Atenção Básica – Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa/MG, 2014.

ANEXO A – Termo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Representações sociais de trabalhadores da estratégia de saúde da família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis

Pesquisador: Alessandra Montezano de Paula Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41542915.7.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 965.414

Data da Relatoria: 24/02/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 965.414

concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Utilizar o termo participante da pesquisa e não "sujeito" conforme a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Outubro de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 26 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

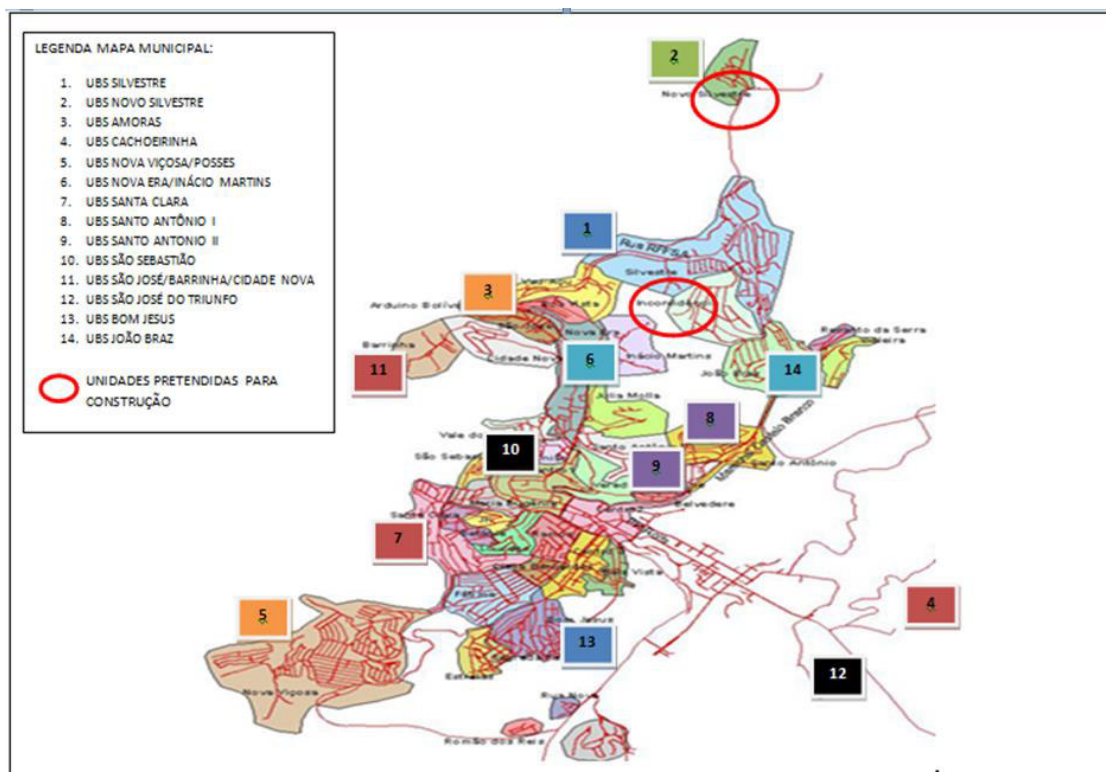
Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B - Mapa das Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família do município de Viçosa – MG



Mapa 1 - Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, Viçosa – MG

Fonte: Coordenação da Atenção Básica – Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa/MG, 2014.