

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

CHRISTIANE SANTIAGO MAIA

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE DA MULHER: UM ESTUDO SOBRE
A INTEGRALIDADE NO SUS**

BRASÍLIA
2007

CHRISTIANE SANTIAGO MAIA

VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE DA MULHER: UM ESTUDO SOBRE A
INTEGRALIDADE NO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração Bioética e Gênero, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Dirce Guilhem

BRASÍLIA
2007

TERMO DE APROVAÇÃO

CHRISTIANE SANTIAGO MAIA

VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE DA MULHER: UM ESTUDO SOBRE A INTEGRALIDADE NO SUS

Dissertação aprovada como requisito para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Linha de Pesquisa Bioética e Gênero, pela comissão formada pelos professores:

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Dirce Guilhem
Faculdade de Ciências da Saúde, UnB

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves
Faculdade de Ciências da Saúde, UnB

Dr^a. Lidia Tobias Silveira
Assessoria de Planejamento, ANVISA

Brasília, 17 de dezembro de 2007.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Dirce Guilhem, pela amizade, confiança e pelas ricas discussões.

À minha família, pelo incentivo e por compreender minhas ausências e a relevância desse trabalho.

Ao Daniel, pelo carinho, companheirismo, paciência, disposição em colaborar e estímulo constantes.

Aos amigos da ANVISA, que se disponibilizaram a dividir seus conhecimentos e a participar dessa construção, em especial Roberta Buarque, Rodrigo Brito, Patrícia Fernanda, Éricka França e Auristela Lins.

À Anamaria Azevedo, pelas contribuições na elaboração do artigo.

Aos colegas de pós-graduação Margarete Oliveira e Graça Camargo, pelo apoio.

À Prof^a. Dr^a. Carla Medeiros y Araujo, do Instituto de Ciências Biológicas da UnB, por ser a primeira a investir em minha carreira científica.

A Flávia Freitas e Maria Ângela Nogueira, da GGTES/ANVISA, pelo apoio para a concretização desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves e à Dr^a. Lidia Tobias Silveira, pela generosidade em aceitarem debater essa pesquisa.

Aos profissionais entrevistados para esse estudo, pelo acolhimento e por compartilharem suas experiências.

E a todos que colaboraram de alguma forma com o caminhar desta jornada, meu muito obrigado.

Para não transformar a conversa sobre integralidade na saúde num modismo
– o que a esvaziaria dos sentidos radicais que deve carregar, enquanto
ambicioso projeto de mudança das práticas de saúde, procuro criar
problemas para aqueles que se vêem implicados na busca de novos modos
de agir no cotidiano dos serviços de saúde, que negam produtivamente os
atuais modelos de produção de atos de saúde “antividas”.

Emerson Elias Merhy

RESUMO

A integralidade é um princípio do SUS com implicações diretas sobre vários dos problemas do sistema. No contexto da saúde brasileira, a integralidade tem assumido diversos enfoques, entre os quais o da articulação entre serviços, perspectiva adotada nesse estudo. O debate sobre esse princípio está presente na política de saúde da mulher e também nas diretrizes da Vigilância Sanitária. Considerando que esses dois campos buscam a qualidade dos serviços ofertados à mulher, o objetivo desse trabalho foi analisar a integração entre a Vigilância Sanitária de serviços de saúde e a área de saúde da mulher em secretarias de saúde municipais. A estratégia de pesquisa foi um estudo qualitativo, tendo a análise de conteúdo como técnica de análise dos dados. A coleta de informações ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas e aplicação de um questionário. O grupo selecionado foi constituído por 15 profissionais de secretarias de saúde municipais: cinco responsáveis pela Vigilância Sanitária de serviços de saúde, cinco técnicos da Vigilância Sanitária de serviços de saúde e cinco coordenadores de saúde da mulher, de cinco municípios capitais de estado, um em cada Região brasileira. Os achados encontrados apontam para a dificuldade de se abordar a integralidade na saúde da mulher de forma prática. No caso dos trabalhadores de Vigilância Sanitária, os dados evidenciam sua dissociação das discussões nas secretarias de saúde, a relevância da inspeção sanitária como instrumento de trabalho, a angústia desses profissionais frente à hostilidade da população quanto às suas ações e a pouca produção de conhecimentos em Vigilância Sanitária. As dificuldades enfrentadas no processo de municipalização também foram mencionadas pela Vigilância Sanitária. O reconhecimento do valor da integração está presente nas falas dos coordenadores, porém entende-se que não é fácil de ser aplicada, considerando demandas e questões de poder. As relações estabelecidas entre as duas áreas (Vigilância Sanitária e saúde da mulher), quando ocorrem, são por causa de situações emergenciais. Essa separação ocorre por diversos motivos: entendimento de que uma não depende da outra, nunca se ter pensado na possibilidade de um trabalho conjunto e não ter havido apresentação de uma área à outra. Além disso, os responsáveis pela Vigilância entendem que não ocorreu articulação possivelmente por não terem ocorrido problemas na coordenação de saúde da mulher, pois, caso houvesse, os teriam chamado. Já para os técnicos, surge a compreensão de que realizando inspeções e palestras explicativas estão colaborando com a saúde da mulher. Os resultados apresentam dificuldades à integração e demonstram que a idéia de redes é apropriada frente ao desafio posto: articular as ações em saúde. Amadurecer esse modelo e incorporá-lo às organizações de saúde é um projeto importante para o SUS, principalmente para a Vigilância Sanitária, que se encontra a parte de debates relevantes na saúde.

Palavras-chave: Integralidade. Sistema Único de Saúde. Vigilância Sanitária. Saúde da mulher. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Integrality is a principle of SUS with direct implications on several problems of the system. In the context of Brazilian health, integrality has taken on various approaches, including the articulation between the services, perspective adopted in this study. The debate on this principle is present in the politics of women's health and also in the guidelines of Health Surveillance. Considering that both fields seek the quality of services offered to women, this work's objective is to analyze the integration between Health Surveillance of health services and women's health area of municipal secretaries of health. The strategy of research was a qualitative study, using content analysis as the technique of data analysis. The collection of information was carried out using semi-structured interviews and the application of a questionnaire. The select group was composed by 15 professionals from municipal secretaries of health: five professionals responsible for Health Surveillance of health services, five technicians of Health Surveillance of health services and five coordinators of women's health, from five state capitals, one in each Brazilian region. The findings point to the difficulty of addressing the integrality in women's health in a practical way. In the case of Health Surveillance workers, the data show their dissociation from the debates at the health secretaries, the relevance of health inspection as a working tool, the distress of these professionals facing the hostility of the population regarding their actions and the little production of knowledge in Health Surveillance. The difficulties faced in the process of municipalization were also mentioned by Health Surveillance. The words of the coordinators present recognition of the value of integration, but it is understood that it is not easy to be implemented, in view of power issues and demands. The relations established between the two areas (Health Surveillance and women's health), when they occur, are due to emergency situations. This separation occurs for several reasons: there is an understanding that one does not depend on the other, the possibility of a joint work have never been thought and one area has never presented itself to the other. Besides, those responsible for the Surveillance believe that there was no articulation due, possibly, to the non-occurrence of problems with the coordination of women's health, because if there was a problem, they would have been called. For the technicians, there is the understanding that by promoting inspections and explanatory lectures, they are collaborating with women's health. The results present difficulties to the integration and show that the idea of networks is appropriated in face of the challenge: to articulate the actions in health. To mature this model and incorporate it to health organizations is an important project to SUS, specially to Health Surveillance, which stays aside from relevant debates on health.

Key words: Integrality. Single Health System. Health Surveillance. Women's health. Quality of health care.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP-FS - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CSM - Coordenador de Saúde da Mulher
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
INCQS - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública
NHS - *National Health Service*
PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
RVS - Responsável pela Visa de Serviços de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TVS - Técnico da Visa de Serviços de Saúde
Visa - Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

PRÓLOGO	10
INTRODUÇÃO	11
1 OBJETIVOS	17
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	18
2.1 <i>INTEGRALIDADE: REFLEXOS E REFLEXÕES</i>	18
2.2 <i>SAÚDE DA MULHER</i>	25
2.3 <i>VIGILÂNCIA SANITÁRIA</i>	30
3 METODOLOGIA	37
3.1 <i>A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO ESTUDO</i>	37
3.2 <i>ANÁLISE DE CONTEÚDO</i>	39
3.3 <i>O CAMINHO PERCORRIDO E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA INVESTIGAÇÃO</i>	41
3.3.1 <i>O universo da pesquisa</i>	41
3.3.2 <i>Instrumentos utilizados e realização das entrevistas</i>	42
3.3.2 <i>Procedimentos para a análise</i>	45
3.4 <i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	47
4 RESULTADOS	48
4.1 <i>CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO SELECIONADO</i>	48
4.2 <i>POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</i>	50
4.3 <i>APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS QUE EMERGIRAM DAS ENTREVISTAS</i>	52
4.3.1 <i>Categorias dos coordenadores de saúde da mulher</i>	52
4.3.2 <i>Categorias dos responsáveis pela Visa de serviços de saúde</i>	56
4.3.3 <i>Categorias dos técnicos de Visa de serviços de saúde</i>	60
5 DISCUSSÃO	65
5.1 <i>POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</i>	67

5.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	68
5.3 SAÚDE DA MULHER.....	74
5.4 INTEGRAÇÃO ENTRE A VISA E A SAÚDE DA MULHER.....	81
6 CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	105
ANEXOS.....	114

PRÓLOGO

A aproximação com a discussão sobre a saúde da mulher ocorreu em minha vida acadêmica no desenvolvimento de pesquisa sobre a prevenção da AIDS entre casais heterossexuais, em um projeto de iniciação científica, sob orientação da Prof^a. Dirce Guilhem. Pude me deparar com aspectos intrigantes da bioética e de gênero, o que demandou conhecimentos sobre vulnerabilidade e políticas de saúde da mulher.

Após a graduação, iniciei minhas atividades como enfermeira na Maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Também trabalhei no Programa Família Saudável, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Essas experiências me permitiram vivenciar e observar dificuldades relativas à integralidade na atenção à saúde, seja devido ao excesso de demandas, às lutas de poder ou ao desconhecimento sobre os possíveis parceiros. O ambiente hospitalar — com seus “plantões” e urgências, agravado, em certo ponto, pela dinâmica de um hospital-escola —, dificultava uma compreensão ampliada das formas de exercício da integração.

Após meu ingresso na ANVISA, sendo lotada na Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, pude realmente entender o papel da Vigilância Sanitária, sua inserção na saúde pública e suas inúmeras possibilidades que ainda não foram totalmente desvendadas. Um saber novo, pouco conhecido por mim, e que apresentava um desafio enorme e crescente: a qualidade dos serviços de saúde. Infelizmente pude observar que são freqüentes as situações em que ocorre dissociação da Vigilância em relação a outras áreas da saúde.

Aliada a isso, a política nacional, seja por meio do Pacto pela Saúde ou pela construção do PDVISA, impulsionou debates sobre a integralidade e reforçou a temática da saúde da mulher como prioridade nacional. Agrega-se também o fato de que participo de discussões e projetos da ANVISA sobre a mortalidade materna, experiências nas quais as relações com outras instituições se fizeram imprescindíveis. Nesse contexto, senti-me instigada a problematizar uma articulação ousada: Vigilância Sanitária e saúde da mulher. É esse trabalho que agora apresento, objetivando contribuir para o emprego do princípio da integralidade no SUS.

INTRODUÇÃO

A definição da agenda de problemas públicos que devem ser alvo das políticas é sempre objeto de disputa entre diferentes atores sociais interessados nos problemas a serem enfrentados (ACURCIO, 2005). Assim estruturam-se as políticas públicas, entendidas como um tipo de expressão da intervenção estatal, objetivando a proteção dos indivíduos contra os riscos inerentes à vida social e individual (VIANA, 1997).

As políticas de saúde são centrais nas políticas públicas brasileiras há pelo menos um século (BUSS, 2005). Suas características refletem o momento histórico de sua concepção, o contexto econômico e científico, a capacidade das classes sociais de influenciarem a política, entre outros (ACURCIO, 2005). Utilizando-nos da proposta de Paim (2003), adotamos a seguinte definição de política de saúde:

[...] ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. (PAIM, 2003, p. 588).

A década de 70 foi um divisor de águas para uma nova concepção de saúde na América Latina. Com o surgimento do paradigma histórico-estrutural no campo da saúde e reconhecendo-se que as teorias anteriores não foram capazes de explicar os determinantes do processo saúde e doença, buscou-se a relação entre medicina e estrutura social e, nessa relação, aquela entre Estado e saúde (FLEURY, 1992). Deste modo, ocorre a reafirmação do caráter de classe das sociedades modernas, o que se constitui em algo vital ao crescimento da intervenção estatal na sociedade e na saúde, especificamente (FLEURY, 1992).

É nesse contexto que, em plena ditadura, organizou-se no Brasil o movimento sanitário, o qual possuía como novidade a afirmação do binômio saúde e democracia (LIMA *et al.*, 2005) e propunha a reformulação da política de saúde, como segue:

Portanto, o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política, constituiu-se a partir dos DMP¹ num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. [...]. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 68).

Tomando por base o documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para a reestruturação do Setor Saúde, a Assembléia Nacional Constituinte adotou a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprovou a nova Constituição Brasileira de 1988 que pela primeira vez incluía uma seção sobre saúde (BRASIL, 1988). Sob o preceito constitucional de “Saúde: direito de todos e dever do Estado”, o texto constitucional garantiu o acesso universal e igualitário, mesmo contrarrente às reformas de cunho neoliberal defendidas pelo Banco Mundial (LIMA *et al.*, 2005). Firmaram-se as diretrizes norteadoras do SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Apropriando-se de uma visão ampliada da saúde, a constituição indica a necessidade de políticas públicas intersetoriais, com um amplo espectro de ações (PAIM, 2003). Por ser único, esse sistema deve adotar a mesma doutrina de atuação e estar organizado de forma sistemática.

Com a Lei Orgânica da Saúde — Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990a), complementada pela Lei nº. 8.142 (BRASIL, 1990b) — a sociedade conquistou uma legislação abrangente, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Nela estão descritos princípios complementares às diretrizes constitucionais, entre os quais a igualdade da assistência à saúde, a preservação da autonomia das pessoas e a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades.

Após mais de uma década de implantação do novo sistema, evidências demonstram que apenas uma parte do ideário da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS foram cumpridos (SANTOS, 2007). Sua construção ainda está em curso: não basta uma imagem-objetivo estabelecida em leis e normas se não existir a

¹ DMP é uma sigla utilizada pelos autores para identificar os Departamentos de Medicina Preventiva.

mobilização de vontades, participação social e pactuações destinadas à implementação das ações (PAIM, 2003). Ainda segundo Paim (2003), persiste um aparelho segmentado, com insuficiências e inadequações.

São inegáveis os avanços obtidos em múltiplos aspectos: utilização de instrumentos de avaliação pelas instâncias gestoras; diversificação dos sistemas de informação; negociação entre os gestores favorecendo a comunicação e planejamento (CONILL, 2004); inclusão social, por meio do acesso a bens de saúde; e municipalização (SANTOS, 2007).

Entre os desafios atuais, ressaltam-se as urgentes abordagens demandadas pelas seguintes questões: a precarização na gestão de recursos humanos; os altíssimos índices de ações de saúde desnecessárias; o crescimento da demanda espontânea; a média complexidade funcionando como porta de entrada no sistema; persistência de iniquidades; fragmentação da assistência (SANTOS, 2007); pouca humanização do cuidado; baixa qualidade na atenção; desigualdades sociais, dificultando melhorias na saúde; e o quadro epidemiológico brasileiro, no qual convivem “doenças da pobreza” e “doenças da modernidade”, com conseqüente sobreposição dos riscos à saúde (PAIM, 2003).

Para o enfrentamento dessas questões, torna-se mister a necessidade de monitorar a aplicação de diretrizes básicas do sistema. O Pacto em Defesa do SUS — dimensão integrante do Pacto pela Saúde¹ — assume como compromisso para os gestores do SUS a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, com a defesa dos princípios e diretrizes do sistema (BRASIL, 2006a).

Entre tais princípios, destaca-se o da integralidade (CONILL, 2004), possivelmente o menos visível na trajetória do sistema e em suas práticas (MATTOS, 2004), com implicações diretas sobre vários dos problemas existentes no SUS. Sua análise torna-se fundamental à avaliação da qualidade do cuidado e dos sistemas de saúde (CONILL, 2004).

O princípio da integralidade tem sido objeto de várias pesquisas, ultimamente desenvolvidas em grupos de estudo da UERJ, Unicamp, Escola de Saúde Pública do

¹ O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, como novas formas de gestão, organização e financiamento.

Rio Grande do Sul e, em menor escala, em outras instituições acadêmicas (PIMENTA, 2005). Contudo — encarando a complexidade, magnitude da questão e os problemas de saúde e de gestão que somente podem ser enfrentados agregando-se tal princípio —, ainda são necessárias outras abordagens no campo da pesquisa sobre integralidade, principalmente na perspectiva da integração das práticas.

A reversão do modelo fragmentado de ações exige de pesquisadores, de profissionais de saúde e de gestores o repensar sobre as implicações da integralidade na gestão do SUS, em especial quando lidamos com o nível local, entendido por Pinheiro e Mattos (2006, p. 18) como o “lócus privilegiado e eficaz de materialização de uma política de saúde.”

Pensar na luta pela integralidade leva-nos, conseqüentemente, à reflexão sobre a evolução da visão da mulher nas políticas de saúde brasileiras (COSTA, A. M., 2004; MATTOS, 2006; GUEDES, 2006). Movimentos na área retratam batalhas antigas, precedentes ao surgimento do SUS, e que reivindicam reformas das instituições de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Como marco histórico, a proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 80, demonstrou a necessidade de mudanças na abordagem às mulheres por parte dos serviços, garantindo a visão de sujeito integral e não apenas o foco na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Embora a imagem do programa tenha se pautado na discussão do princípio da integralidade, o PAISM atuou na perspectiva da resolução de problemas, mantendo a ênfase na saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna (BRASIL, 2004a). Encontra-se em vigor, atualmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual apresenta como um de seus princípios a qualidade da assistência e defende, em suas diretrizes, a atenção à mulher nos diferentes níveis do SUS, com articulação das ações e serviços (BRASIL, 2004a).

Nesse mesmo contexto, diante das grandes mudanças que o sistema de saúde vivencia, principalmente com a descentralização, busca-se também superar o modelo de atuação centralizador e segregado da Vigilância Sanitária (Visa) (COSTA, 2003). Corroboramos com o exposto por Marques (2007, p. 33) ao afirmar que “os princípios do SUS só se tornarão valores éticos quando assim forem compreendidos pelo Estado,

pelo cidadão e pelo profissional que atua nas políticas públicas de saúde, entre elas a Vigilância Sanitária.”

Atuando sobre fatores de risco associados a produtos e serviços relacionados à saúde, a Visa encontra-se no âmbito das relações sociais de produção e consumo, no qual surgem grande parte dos problemas de saúde sobre os quais é preciso intervir (COSTA; ROZENFELD, 2000). O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA)¹ descreve, na configuração de suas prioridades para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, um eixo de diretrizes voltado à atenção integral à saúde (BRASIL, 2007a). Ao mesmo tempo, o documento enfatiza a importância da articulação das ações de Visa com as prioridades das demais políticas públicas.

Seguindo essa lógica, focalizamos o trabalho no campo da Visa de serviços de saúde², a qual pretende promover a qualidade na assistência prestada. Sua dinâmica de atuação envolve diversos instrumentos e estratégias, sendo a formação de redes de proteção à saúde uma importante ferramenta. Henriques (2006) argumenta que são necessárias conexões fortes e ágeis entre atores envolvidos, a fim de proporcionar à sociedade a segurança e qualidade buscadas nos serviços. Costa, A. M. (2004) reforça que para ocorrer o funcionamento de uma rede de saúde, necessita-se muito mais que a soma das partes, o que por si só não transforma em integrais as ações de saúde.

É oportuno destacar que, mesmo havendo interfaces importantes nos campos teóricos da Visa de serviços e a saúde da mulher — como a luta pela qualidade dos serviços — não há publicações que analisem a articulação dessas áreas. Discutir integralidade na saúde da mulher não é algo inovador, porém encarar a Visa como um participante nesse processo é uma abordagem inédita e imperativa, diante das discussões sobre reorganização do sistema, principalmente para os municípios, grandes atores nas novidades e aplicações de políticas públicas.

Considerando esse cenário, foi elaborada a seguinte questão norteadora para o estudo: **Se e como ocorre a integralidade, na perspectiva da integração das**

¹ O PDVISA apresenta as diretrizes norteadoras para a consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

² “Serviços de Saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada.” (BRASIL, 2007b).

ações, entre a Vigilância Sanitária de serviços de saúde e a área de saúde da mulher nas secretarias de saúde municipais?

A dissertação foi assim organizada:

I – Objetivos

Nesse momento, são descritos os objetivos geral e específicos do estudo.

II – Pressupostos Teóricos

Essa parte foi trabalhada a partir dos seguintes eixos de conhecimento: inicialmente, foi abordado o princípio da integralidade, com seus diversos sentidos e aplicações à saúde. Em seguida, passou-se à abordagem da saúde da mulher, com sua evolução política e a situação atual. Por fim, analisou-se o contexto da VISA, destacando-se suas ações em serviços de saúde.

III – Metodologia

Primeiramente são discutidos os aspectos que levaram à escolha da metodologia qualitativa e são abordados aspectos teóricos da técnica de análise de conteúdo, eleita para a análise do material. Após, expomos a trajetória, os procedimentos adotados e os aspectos éticos considerados no processo investigatório.

IV – Resultados

Nessa etapa, descrevemos os resultados encontrados na pesquisa, incluindo a apresentação das categorias que emergiram das entrevistas com os sujeitos, seus temas e verbalizações que mais as representam.

V – Discussão

Os resultados são tratados em relação aos objetivos propostos, relacionando-os ao conhecimento produzido no campo da integralidade.

VI – Conclusão

Apresentamos conclusões que indicam a contribuição desse estudo, assim como são recomendadas novas possibilidades de pesquisas na área.

1 OBJETIVOS

Descrever a integração entre a Vigilância Sanitária de serviços de saúde e a área de saúde da mulher em secretarias de saúde municipais.

Objetivos específicos:

- Conhecer a percepção de coordenadores de saúde da mulher e profissionais de VISA de serviços de saúde sobre saúde da mulher;
- Compreender a percepção dos profissionais de VISA de serviços de saúde e coordenadores de saúde da mulher sobre Vigilância Sanitária;
- Verificar a relação entre a Vigilância Sanitária de serviços de saúde e a área de saúde da mulher.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 INTEGRALIDADE: REFLEXOS E REFLEXÕES

A necessidade de se garantir serviços de saúde integrais surgiu com a ampliação das políticas sociais, marcada nas democracias ocidentais pela criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, o qual estabeleceu, em 1948, como princípio a responsabilidade coletiva por *comprehensive health services* (NHS, 2007). Em meados da década de 60, na reforma de serviços sociais e de serviços de saúde na província de Québec, o acesso universal e a integralidade reaparecem como temas centrais (CONILL, 2004).

Conforme a Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990a), um dos objetivos do SUS é garantir “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Essa mesma lei reforça a integralidade da assistência como um princípio e a descreve como “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”.

Para Camargo Júnior (2006), a palavra integralidade, no contexto da saúde brasileira, não pode ser entendida como um conceito, mas sim como um agrupamento de tendências políticas com relação entre si, o que pode demonstrar tanto fragilidade como potencialidade para o tema. Conill (2004) reforça que predomina no Brasil a percepção ampliada da integralidade, com ênfase no caráter completo, contínuo e ordenado do cuidado e da gestão. Utilizamo-nos da visão de Mattos (2006), ao afirmar que:

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós) desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2006, p. 43).

Ana Maria Costa (2004) reafirma essa complexidade da questão:

O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas no nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio de práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos. (COSTA, A. M., 2004, p. 95).

Considerando os diversos enfoques com que é tratada a integralidade, iniciamos com a descrição dos principais grupos de abordagens apresentados pela literatura, em consonância com a classificação estabelecida por Mattos (2006):

– Medicina integral:

Trata das práticas profissionais e milita pela compreensão abrangente das necessidades de saúde dos usuários dos serviços, buscando contemplar necessidades que não se reduzem ao controle das doenças (MATTOS, 2006). Essa luta é contrária à visão reducionista e fragmentada do ser humano, focada nos aspectos biológicos, que reproduz o pensamento cartesiano e encara o corpo humano como uma máquina (COSTA E SILVA, 2004). Diante da superioridade atribuída à especialização nesse modelo de segregação, é ainda comum o trabalho de médicos em serviços não-especializados ser encarado como de menor conhecimento, seja por pacientes como por outros médicos.

– Integralidade nas políticas específicas:

São políticas direcionadas a populações ou portadores de doenças específicas, como idosos e portadores de HIV (MATTOS, 2006). O autor argumenta que o enfrentamento de um determinado problema de saúde deve abarcar as múltiplas dimensões envolvidas e oferecer respostas aos vários grupos atingidos por esse problema. Na década de 80, foram implantados os primeiros programas de atenção básica à saúde definidos como integrais, exemplificados pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde aponta para a necessidade de as políticas específicas seguirem as diretrizes e princípios do SUS e dá destaque

aos seguintes tópicos: saúde da mulher, saúde na infância e adolescência, saúde mental, saúde bucal, assistência farmacêutica, Vigilância Sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2000).

– Integralidade na organização dos serviços:

Relaciona-se à articulação e coordenação entre os serviços e à garantia da continuidade da assistência (MATTOS, 2006). Na década de 60, expandiu-se a assistência médica no Brasil, com um padrão essencialmente curativo, hospitalar e direcionado a eventos agudos. A segregação que havia na organização da saúde antes da implantação do SUS, com medidas de prevenção e promoção em um Ministério e ações e serviços de assistência médica em outro, deixa marcas dessa dicotomia ainda hoje em nossas práticas. Tal abordagem constitui-se em um desafio ao nosso sistema de saúde, diante do modelo de medicalização, especialização, fragmentação e centrado em hospitais que ainda vivenciamos (COSTA E SILVA, 2004).

Essa é a perspectiva que adotamos nesse trabalho: a integralidade associada à organização dos serviços. Em que se pese o sentido polissêmico da palavra, há autores que elaboraram conceitos importantes sobre esse princípio. Para Giovanella *et al.* (2002, p. 46), a integralidade trata-se de “um sistema que garanta de forma articulada, para indivíduos e populações, ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes e recuperação da saúde (cura e reabilitação).” Outra definição é a apresentada por Pinheiro (2006):

[...] ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. (PINHEIRO, 2006, p. 67).

Para esse estudo, e considerando as definições existentes, conceituamos a integralidade como a integração democrática entre os atores em seu cotidiano, com articulação de distintos campos da saúde e de seus diferentes saberes, na busca por objetivos comuns.

A vertente da integralidade em questão relaciona-se diretamente com a gestão nos sistemas de saúde, o que lhe confere complexidade na aplicação, como no caso

das diferentes realidades enfrentadas pelas secretarias municipais de saúde. Pinheiro e Luz (2007) ressaltam que há uma brecha na produção de conhecimento sobre a integralidade nessa perspectiva.

Tal dimensão da integralidade analisa o princípio no macro, na articulação de serviços de saúde a uma rede muito mais complexa, com outros serviços de saúde e outras instituições, nem sempre necessariamente pertencentes à saúde. Isso é essencial diante do entendimento de que a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial¹ (CECÍLIO, 2006), ainda mais quando se lida com questões de saúde complexas.

Seguindo o pensamento de Machado *et al.* (2007), ações de saúde articuladas e integradas devem ser ofertadas em todo o sistema, incluindo a promoção à saúde, prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação. A crítica das autoras refere-se justamente à dissociação, tão comum entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais. Torna-se indispensável, portanto, a constituição de redes regionais articuladas, para que assim sejam superadas a desintegração e a competição entre órgãos gestores, o que traz como conseqüências a ineficiência e pouca resolutividade das ações (MACHADO *et al.*, 2007). Silva, Pinheiro e Machado (2003) corroboram com tal pensamento ao defenderem que a integralidade deve ser encarada como um “objetivo de rede”.

Conforme a situação demandada por um usuário, a tecnologia em saúde necessária pode estar em distintos serviços ou, até mesmo, depender da cooperação de outros setores da política governamental. Portanto Silva, Pinheiro e Machado (2003) concluem que são necessárias inovações no campo político e institucional. Isso somente pode ocorrer numa luta cotidiana dentro de serviços, em reuniões de gestores do SUS, nas arenas de negociação e pactuação entre gestores e em debates que contem com a participação popular (MATTOS, 2006). Esse mesmo autor destaca que essas relações profissionais são multidimensionais, entre as quais, destaca-se a dimensão política.

¹ Para Junqueira (2000), a intersectorialidade se refere a uma nova lógica para a gestão, superando a fragmentação de políticas. Isso significa uma nova maneira de articular os diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses para que se alcance um efeito sinérgico.

“Mas como manter esses canais se os serviços são organizados sem destinar tempo para a conversa, para a convivência?” (ACIOLI, 2006, p. 167). Nesse sentido, não há como pensar integralidade sem refletir sobre a importância do diálogo. Essa perspectiva é que possibilita a organização contínua do processo de trabalho e a ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2006). A atuação de forma separada, como se cada um vivesse em um cenário próprio, tem se mostrado insuficiente diante da complexidade dos problemas que afetam a sociedade e evidencia cada vez mais a necessidade do estabelecimento do diálogo (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

Para tanto, a integralidade deve ser assumida como um eixo norteador de uma nova forma de gestão nas instituições de saúde, permitindo que surjam experiências inovadoras e se desenvolvam novas tecnologias assistenciais (PINHEIRO; LUZ, 2007). Para as autoras, isso possibilita a democratização do trabalho em saúde por meio da horizontalização dos saberes e de práticas multiprofissionais e interdisciplinares, na superação da hegemonia de um conhecimento sobre outro, assim como na aceitação e utilização de outros saberes e racionalidades (MEIRELLES; ERDMANN, 2006). A interdisciplinaridade pode ser entendida como:

[...] uma negociação entre diferentes pontos de vista, para decidir sobre a representação considerada adequada tendo em vista a ação. Nesse caso é preciso aceitar confrontos de diferentes pontos de vista e tomar uma decisão que, em última instância, não decorrerá de conhecimentos, mas de um risco assumido, de uma escolha finalmente ética e política. (FOUREZ¹, 1995, p.137, apud PAULA; PALHA; PROTTI, 2004, p. 339).

Quando o trabalho se dá em equipes, facilita-se a construção de redes, as quais podem se entendidas como “uma proposta de trabalho coletivo, uma contribuição a uma nova maneira de articular sujeitos diversos e de produzir transformações.” (FEUERWERKER; SOUSA, 2000, p. 51). Com isso, desenvolvem-se vínculos, que ocorrem em diferentes níveis de complexidade:

[...] o primeiro nível dessa relação é o do reconhecimento: reconhecimento do outro como par, como interlocutor, com direito a existir e emitir opiniões. O

¹ Fourez, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Ed. Unesp, 1995.

segundo é o do conhecimento quem é o outro e como vê o mundo. O terceiro é o da colaboração: depois de conhecido o outro criam-se vínculos de reciprocidade e colaboração. A este, segue-se a cooperação, que já é um processo mais complexo porque implica a existência (ou a identificação de um problema comum) e uma forma sistemática e estável de atividades. Por fim, há o nível de associação com contratos ou acordos e utilização conjunta de recursos. Para trabalhar em rede é indispensável que se abandonem as posturas competitivas e as convicções dos que acham que eles mesmos, ou sua equipe, são os únicos capazes de produzir idéias e soluções inteligentes. É importante, então, estar-se permeável, estar-se aberto à reflexão crítica e ao reconhecimento das qualidades de outras experiências. (FEUERWERKER; SOUSA, 2000, p. 51).

Vislumbrando as redes como um sistema complexo, com nós e entrelaçamentos, somos inevitavelmente levados a refletir sobre as práticas cotidianas e a realidade social (MEIRELLES; ERDMANN, 2006). Franco (2006) defende que todo o processo de trabalho em saúde ocorre em redes, mesmo com todos os impeditivos próprios de modelos tayloristas. Deve-se pensar, pois, no perfil dessas redes: há aquelas que serializam as práticas de saúde, como há as que organizam conexões, com alta intensidade de fluxos (FRANCO, 2006).

É oportuno destacar que é no nível local, na microgestão e micropolítica que se localiza o espaço para importantes êxitos e consecução de mudanças significativas para o SUS (SANTOS, 2007). De forma contrária ao individualismo dominante, a descentralização tem propiciado o surgimento de inovações pautadas na solidariedade, cooperação, com trocas de informações que vão restaurando o tecido social comunicativo (LUZ, 2006). Nesse sentido, o governo central privilegia a consolidação do município como o gestor da saúde:

Torna-se ainda imprescindível considerar que no campo da macropolítica o SUS levou a mudanças decorrentes do nascimento de novos atores político-institucionais: o município e as Secretarias Municipais de Saúde (instituições permanentes e contínuas). (GUEDES, 2006, p. 150).

Como analisado por Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), definir uma linha para a condução da política de saúde que articule os distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais torna-se o maior desafio para prefeitos e secretários municipais de saúde. É oportuna a reflexão sobre o atual momento de transições e de inovações na definição dos papéis municipais, estaduais e

federais quanto às ações de saúde em virtude do lançamento do Pacto pela Saúde.

Trata-se de:

[...] um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente (BRASIL, 2007e).

Esse documento é organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades; Pacto em Defesa do SUS, voltado à consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e a qualificação do SUS como política pública; e o Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes à gestão do sistema (BRASIL, 2007c). É atribuído aos municípios, como responsabilidade na gestão do SUS, a integralidade da atenção à saúde de sua população, garantindo o cumprimento desse princípio por meio de ações prestadas de forma interdisciplinar, com abordagem integral do indivíduo. Assim, deve-se englobar atividades de promoção da saúde; prevenção de riscos, danos e agravos; e ações de assistência (BRASIL, 2006a).

2.2 SAÚDE DA MULHER

A transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento e a elaboração de discursos normativos para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e sociais demonstram a ocorrência de um intenso processo de gerenciamento dos corpos femininos até meados do século XIX (MARTINS, 2004). Consideraremos, nesse trabalho, o entendimento de que:

Saúde da mulher envolve o bem-estar emocional, social, cultural, espiritual e físico, sendo determinada pelo contexto social, político e econômico em que a mulher vive, assim como pela biologia. Essa ampla concepção reconhece a validade das experiências de vida das mulheres e suas próprias crenças e experiências na saúde.¹ (WOMEN'S HEALTH INTERSCHOOL CURRICULUM COMMITTEE, *apud* PHILLIPS, 1995, p. 507, tradução nossa).

A história evidencia que o controle da saúde da mulher no Brasil traduziu-se em programas de saúde materno-infantil. Esses programas indicavam formas de domínio da sexualidade como veículo da reprodução (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Até a denominação utilizada – programas de saúde materno-infantil – demonstrava que o enfoque era à intervenção sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A saúde materno-infantil foi alvo de políticas governamentais consolidadas nos programas de governo na década de 1920, com a reforma sanitária de Carlos Chagas. Sua abordagem contemplava somente a dimensão biológica e fundamentava-se essencialmente em cuidados médicos (TYRRELL; CARVALHO², 1995, *apud* NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou, em nível nacional, a assistência materno-infantil e seguiu a tendência geral das políticas na área, a partir do

¹ “Women's health involves women's emotional, social, cultural, spiritual and physical well-being, and it is determined by the social, political and economic context of women's lives as well as by biology. This broad definition recognizes the validity of women's life experiences and women's own beliefs about and experiences of health.”

² TYRRELL, M.A.R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: EEA/UFRJ, 1995.

Estado Novo: modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura e voltado para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação (NAGAHAMA E SANTIAGO, 2005).

Já na década de 80, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, com o apoio de entidades internacionais e filantrópicas, implementaram programas voltados aos problemas mais prevalentes, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso, tais como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC) (SANTOS; ROSENBERG; BURALLI, 2000).

Em nosso país, é impossível discutir a evolução no conceito de saúde da mulher sem mencionar o PAISM (GALVÃO, 1999), marco na abordagem da temática. O programa foi pioneiro, inclusive no cenário internacional, sendo fundamentado no princípio da integralidade (OSIS, 1998). O documento abordava a saúde da mulher de maneira global e em todas as fases do ciclo vital. Para Osis (1998), o PAISM configurou-se em um importante passo rumo à reforma sanitária, haja vista o momento histórico de democratização no qual se situava.

Como já discutido anteriormente, a integralidade pode assumir um sentido polissêmico, o que também estava presente no tratamento dado a esse princípio no PAISM. Seguem abaixo as vertentes da integralidade descritas por Costa, A. M. (2004, p. 47) que apareciam no documento:

- Entendimento de que a política de saúde deve estar articulada com outras políticas sociais;
- Necessidade de integração das ações realizadas por serviços de saúde em prol da saúde da mulher;
- Aplicação da visão de saúde integral nas ações de assistência, promovendo cuidado em concordância com as necessidades de saúde.

No entanto, publicações demonstraram que o programa não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, além de haver dados demonstrando a morosidade, o descompasso entre a discussão, planejamento e adoção de medidas, traduzindo falta de compromisso político para sua implementação (GALVÃO, 1999; OSIS, 1998).

Corrêa e Piola (2003) identificaram que, no período de 1998 a 2002, o trabalho baseou-se na resolução de problemas, com prioridade à saúde reprodutiva. Mesmo com a imagem de atenção integral, a eleição de prioridades prejudicou o enfrentamento de áreas estratégicas (CORRÊA; PIOLA, 2003). Além disso, o objetivo de primar pela integralidade não foi realizado, uma vez que permanecem importantes lacunas na atenção às mulheres (COSTA, A. M., 2004). A autora explica que houve grande prejuízo nos avanços da aplicação do princípio da integralidade à saúde da mulher na década de 90, na qual medidas adotadas pelo Ministério da Saúde não propiciaram as práticas integrais: nesse período, o SUS esteve movido por políticas e programas focalizados (COSTA, A. M., 2004).

No ano de 2004, incorporando como fundamento a transversalidade da questão de gênero, é lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, da recém-criada Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004b). Em consonância com esse documento, publicou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2004a). Essa nova estratégia, fundamental à definição das ações por parte dos coordenadores de saúde da mulher, traz como princípios a humanização e a qualidade da atenção, entendidas como:

[...] condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. (BRASIL, 2004a, p. 59).

Para isso, a política estabelece que se deva levar em conta alguns elementos, entre os quais, destacamos:

- disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
[...]
- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
[...]
- análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias. (BRASIL, 2004a, p. 60-61).

É oportuno mencionar também a existência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, que tem como um de seus objetivos adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2007d).

A literatura também evidencia a importância de serviços de saúde de qualidade para a atenção à mulher, como no caso do controle da mortalidade materna (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005). Além disso, a avaliação de tecnologias utilizadas na assistência também emerge como relevante aspecto da atenção à mulher. Formiga Filho, em 1999, já alertava sobre a influência da ginecologia no desenvolvimento da “cibernética sexo-reprodutiva”, a qual pode levar a iatrogenias extremamente danosas. Costa, A. M. (2004) enfatiza a necessidade de estudos relativos à saúde da mulher no SUS que abordem a questão da qualidade, assim como do aprofundamento da discussão sobre a integralidade.

Mencionando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Aquino, Menezes e Amoedo (1992) verificaram que as mulheres demandam e freqüentam mais os serviços de saúde, havendo, inclusive, prejuízos à saúde feminina decorrentes dos eventos associados à reprodução, como os elevados índices de cesáreas e esterilização cirúrgica.

A história demonstra que a busca das mulheres por esses serviços é expressa, com freqüência, por discriminação e frustrações que se repercutem em tensão e mal-estar psicofísico (BRASIL, 2003a). Para Oba e Tavares (2000), é com certa freqüência que os meios de comunicação nacionais relatam a precariedade da assistência prestada à mulher nas maternidades do país. Os problemas abordados em estudos incluem imperícia e negligência médica, deficiências nas condições estruturais referentes à organização dos serviços de saúde para o atendimento à saúde da mulher (OBA; TAVARES, 2000), pouca atenção recebida no pré-natal, o descaso com os familiares das pacientes, falta de humanização no atendimento e de apoio às mulheres após o parto (SANTOS; ROSENBERG; BURALLI, 2004).

Além disso, a incerteza das mulheres quanto ao acesso à instituição hospitalar, bem como o desconhecimento da dinâmica institucional e dos profissionais envolvidos no

seu atendimento acarretam nas usuárias um alto grau de estresse (MELLEIRO; GUALDA, 2004). Avaliando prontuários de uma unidade de saúde, Costa (1998) encontrou registro referente a exame de mama para apenas 19,4% das mulheres atendidas. Outro ponto relevante é a deficiente formação profissional na área de saúde da mulher, a qual permite que se formem lacunas de conhecimentos dos múltiplos determinantes envolvidos — políticos, sociais, econômicos, ecológicos e também psicológicos (STEPHAN-SOUZA, 1995).

Considerando a atual conjuntura, a saúde da mulher torna-se tema de destaque no Pacto pela Saúde. Em sua dimensão “Pacto pela Vida” — a qual expõe prioridades nacionais com impacto sobre a situação de saúde da população brasileira — estão descritos o controle do câncer de colo de útero e da mama e a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2006a).

Conforme a situação exposta, compreende-se a relevância da saúde da mulher nas políticas de saúde nacionais. Mesmo com a evolução obtida até a atualidade, não se foi capaz de responder às necessidades de serviços de qualidade. Muitos dos problemas atuais de saúde da mulher estão relacionados à qualidade da atenção (Costa, A. M., 2004) comprovando a urgência em se utilizar e integrar todos os campos do saber da saúde que podem colaborar no enfrentamento desse desafio, entre os quais, está a Vigilância Sanitária. Corroborando com o que é defendido pela autora, percebe-se que:

[...] urge a retomada do ideário e da utopia da integralidade na atenção à saúde e, em especial, na saúde das mulheres nos moldes das idéias iniciais do PAISM, mas atualizadas, de forma permanente, segundo as construções e contribuições sobre a integralidade na atenção, que vêm sendo acumuladas por meio de experiências de gestão e estudos acadêmicos nos últimos anos. (COSTA, A. M., 2004, p. 119).

2.3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Visa pode ser considerada a mais complexa forma de existência da Saúde Pública (COSTA; ROZENFELD, 2000) e ser definida como espaço de intervenção do Estado com a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário — bem como ambientes — às demandas sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde (LUCCHESI, 2001).

A atual sociedade de consumo que impõe o aumento e variação no campo da produção além da criação incessante da necessidade de consumo para satisfazer às exigências do modo de produção capitalista gera constantes riscos à saúde individual e coletiva, fundamentando-se na necessidade de regulação¹ das relações de produção-consumo (COSTA, E. A., 2004a). A Vigilância Sanitária está inserida nessa lógica de mercado, objetivando o controle específico da Saúde Pública para impor os interesses sanitários, ou seja, a proteção e a defesa da saúde e da vida (COSTA, E. A., 2004a).

Situamo-nos, portanto, na contemporânea vigência simultânea de um paradigma biotecnocientífico (que incentiva a incorporação tecnológica de forma a inovar o mercado consumidor) e da cultura de limites (que seleciona as tecnologias), construindo-se um grande desafio para os sistemas sanitários e suscitando vários debates bioéticos sobre quais as escolhas mais razoáveis, moralmente legítimas e politicamente aceitáveis a serem feitas (SCHRAMM; ESCOSTEGUY, 2000).

A prática de Visa baseia-se no conceito de risco, entendido como “possibilidade, perigo potencial ou ameaça de dano ou agravo” (COSTA, 2003, p. 360). A mesma autora refere que:

Além do conceito ampliado de risco, a noção de **qualidade** em saúde – como atributo de produtos, processos, serviços, ambientes, e da própria vida – conjugada como os conceitos de **eficácia** e **segurança**, constituem categorias operacionais nas ações de proteção da saúde no escopo da Vigilância Sanitária. (COSTA, 2003, p. 361, grifo da autora).

¹ “Por regulação entende-se uma série de procedimentos que procura assegurar que o desempenho por agentes privados de atividades julgadas relevantes para a sociedade atenda a critérios globais de sustentabilidade econômica e social.” (LIMA, 2001, p. 10).

Costa (2003) destaca também que, para produtos e práticas terapêuticas, deve-se observar o princípio bioético do benefício. Para Diniz e Guilhem (2002), os tênues limites entre os princípios bioéticos da beneficência (positivo) e da não-maleficência (negativo) têm causado importantes debates. A dúvida emerge pela indefinição do que seja bom ou mal para cada indivíduo. Destacamos que, dessa forma, a discussão do benefício na Visa não pode ser destituída do debate sobre a não-maleficência, a qual significa que, acima de tudo, não se deve causar danos. Essa última abordagem também é muito presente em práticas de Visa, principalmente quando se utiliza de uma percepção do papel da Visa restrita ao controle de riscos.

No Brasil, a constituição da Visa ocorreu a partir das práticas de polícia sanitária, com um caráter predominantemente voltado à higiene do ambiente e de fiscalização do exercício profissional. Seu exercício tem sido desempenhado desde meados do século XIX, em especial no controle dos portos do Rio de Janeiro e de Santos – São Paulo (COSTA, E. A., 2004b).

A Visa é defendida por Scliar (2005) como o resultado de duas histórias: uma antiga e outra moderna. Para ele, essas representam posturas adotadas diante de problemas de saúde pública: a primeira elitista e autoritária; a segunda democrática e fundamentada no diálogo da população. Tanto que Bueno defende que a história da saúde pública é constituída em grande parte pela história da Visa (BUENO, 2005).

No ano de 1976, as ações de Visa foram organizadas no plano federal, com a criação de uma secretaria ministerial. Foram unificadas várias práticas associadas ao controle de riscos, com um espaço institucional que foi denominado Vigilância Sanitária, termo exclusivo do país (COSTA, 2003). O termo também foi inserido no artigo 200 da Constituição Federal, de 1988, em que a Visa é descrita como integrante das ações do SUS. Em seguida, com a Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990a), lhe é conferido um caráter abrangente, com a seguinte conceituação:

§1º Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, 1990a).

Para Costa (2003), tal concepção evidencia — além da esfera mais restrita de eliminar, diminuir e prevenir riscos — que a Visa possui uma atuação mais ampla, voltada à garantia do atendimento a necessidades de saúde e resolução de problemas que afetam a integralidade da atenção. Na visão de Campos (2001), a lei indica a proposta de transformar a Visa em instrumento de defesa da vida das pessoas.

Posteriormente, com a promulgação da Lei nº. 9.782 (BRASIL, 1999), foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Trata-se de uma autarquia, sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Entre suas competências está a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Seu comando é efetuado por uma diretoria colegiada, composta por cinco membros, um dos quais é presidente. A finalidade institucional da agência é:

[...] promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras. (BRASIL, 1999).

Segundo Lima (2001), a agência surgiu num momento de dificuldades para a saúde pública brasileira, com intensa desconfiança relativa ao uso de medicamentos. Sua constituição foi, para o autor, um fato político determinante para que a Visa entrasse em um novo processo de desenvolvimento.

Hoje, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é composto por: Ministério da Saúde; ANVISA; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais; Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS); Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em relação às ações de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2007e).

Para falarmos da Visa em municípios, torna-se apropriado abordar o processo de descentralização. Seguimos o defendido por Piovesan *et al.* (2005, p. 84), os quais

destacam que “a descentralização está estreitamente ligada à articulação entre as instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que, apesar de autônomas, são interdependentes, e por isso, necessariamente cooperativas.”

A organização de serviços de Visa nos municípios é muito heterogênea. Para Brito (2007), a operacionalização da descentralização da Visa necessita de um projeto político bem estruturado, com definições claras das responsabilidades dos componentes do sistema. Pesquisa realizada no Estado da Paraíba sobre a gestão da Visa em oito municípios, demonstrou que 87,5% dos municípios não planejavam as ações de Visa e que 87,5% dos atores entrevistados¹ desconheciam o papel da Visa na proteção e promoção à saúde (PIOVESAN *et al.*, 2005).

Com a adesão ao Pacto pela Saúde, já discutido anteriormente, espera-se mudanças importantes na gestão da Vigilância Sanitária municipal, em virtude das prioridades estabelecidas, da redefinição de responsabilidades e do novo modelo de financiamento adotado.

A organização do trabalho em Visa geralmente ocorre dividida nas seguintes categorias: produtos, serviços direta e indiretamente relacionados com a saúde, meio ambiente e, no caso da esfera federal, existe ainda a área de portos, aeroportos e fronteiras, além da que trata das relações internacionais (COSTA, 2003).

Entendemos que a definição de Visa de serviços de saúde deve ser abrangente e coerente com o disposto na Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990a). Assim, adotamos para esse estudo a concepção de Visa de serviços de saúde como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços de saúde.

Com procedimentos cada vez mais invasivos, as formas complexas como se estruturam e atuam as organizações e a divisão em especialidades e subespecialidades médicas, os serviços de saúde constituem fator de risco aos seus usuários, aos profissionais envolvidos (EDUARDO, 1998) e ao meio ambiente. As inovações tecnológicas, embora signifiquem avanços, podem também gerar riscos à saúde, quando

¹ A pesquisa teve como sujeitos gestores e técnicos do estado e dos municípios, outras autoridades municipais, representantes do Ministério Público e representantes do Conselho Municipal de Saúde; representantes do setor regulado – indústria e comércio locais; formadores de opinião – lideranças políticas e representantes de empresas locais e regionais de comunicação social (jornalistas, radialistas); e consumidores de produtos e usuários de serviços (PIOVESAN *et al.*, 2005).

não monitoradas adequadamente. Por isso, a qualidade do atendimento à população está intrinsecamente relacionada à monitoração dos riscos (BRASIL, 2005).

Costa (2003) alerta que o fenômeno do consumo indiscriminado, característico das sociedades modernas, ocorre também no campo da saúde, no qual tudo é encarado como mercadoria, construindo uma percepção de que a utilização de serviços de saúde seja equivalente à própria saúde. Nessa mesma lógica, Ribeiro e Bertolozzi (2003) ressaltam que a Visa também deve contribuir no controle do uso indiscriminado de tecnologias, que oneram os gastos com serviços de saúde e que não significam a garantia da qualidade da assistência.

Complexas unidades de saúde podem aglomerar a quase-totalidade dos objetos da Visa, como saneantes, produtos, equipamentos, processos de trabalho etc. (COSTA, 2003). Nesse sentido, os serviços de saúde despertam para a importância da utilização de várias estratégias no trabalho da Visa.

Desde a década de 80, tornou-se obrigatória a prevenção e controle das infecções hospitalares, o que não ocorreu de fato. A partir desse período, ampliou-se a normalização dos serviços de saúde, acompanhando o crescimento dos credenciamentos e da contratação de serviços pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007f). Souto (2004) destaca, nesse período, as regulamentações referentes a bancos de leite humano e a Política Nacional de Energia Nuclear. De forma geral, a história da Vigilância Sanitária de serviços de saúde foi impulsionada por uma série de acontecimentos trágicos, incluindo:

- a morte do presidente Tancredo Neves, em 1985, supostamente relacionada com infecção hospitalar;
- o acidente radioativo de Goiânia (GO), em 1987, demonstrando a fragilidade no controle de radiações;
- a morte de 71 pacientes por problemas relacionados com a água utilizada no processo de hemodiálise, em Caruaru (PE), entre 1996 e 1997;
- o escândalo da Clínica Santa Genoveva (RJ), que levou à morte 99 idosos por maus tratos e más condições sanitárias (COSTA, 2003; BUENO, 2005; BRASIL, 2007f).

A despeito desses fatos, a história da Vigilância Sanitária federal não teve a área de serviços de saúde como prioritária, privilegiando as áreas de medicamentos e

alimentos. Seu fortalecimento começou recentemente, pois só “com a criação da ANVISA, o nível federal incorpora, de modo consistente, a normalização e o controle dos serviços de saúde” (BRASIL, 2007f).

No trabalho desenvolvido por Souto (2004, p. 122), tratando do questionamento sobre as prioridades políticas da Vigilância Sanitária, um dos sujeitos (A8, ex-secretário de Visa) afirmou que “a área de serviços de saúde tem uma série de problemas e é sempre deixada em plano secundário”.

A responsabilidade pelo licenciamento¹ de serviços de saúde fica a cargo de Estados e municípios (COSTA, 2003). Ainda segundo a autora, a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde tem feito com que o órgão federal promova a elaboração e atualização de normas técnicas, assim como desenvolva projetos estratégicos nesse campo, como o Projeto dos Hospitais Sentinela².

O tema da qualidade, na perspectiva da Visa de serviços de saúde, merece uma abordagem mais detalhada. A qualidade na assistência dos serviços configura-se hoje em um imperativo técnico e social (BRASIL, 2007g). Os patamares de exigências, por parte da população, de serviços seguros, eficazes e de qualidade elevaram-se, o que requer ações do Estado nesse sentido (HENRIQUES, 2006).

No campo da saúde, qualidade é o produto social, expresso por expectativas sobre as relações entre clientes e prestadores de serviços e as formas como são legitimados os papéis no sistema de saúde (GASTAL, 2006). Assim, o controle da qualidade reflete a forma como são compartilhadas as responsabilidades públicas e individuais e o grau de preocupação com o direito de acesso ao serviço pela população, bem como a melhoria da saúde (GASTAL, 2006). Na prática, o conceito de qualidade aplicado a cuidados de saúde é abordado como um conjunto de atributos desejáveis. Donabedian (1990) sugere sete atributos, por ele chamados de pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

¹ “Entende-se por Licença de Funcionamento o conjunto de ações que visam a emissão de documento pelo órgão sanitário competente, Visa estadual, Municipal ou do Distrito Federal, que libera o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária”. (BRASIL, 2006b, p. 55).

² A Rede de Hospitais Sentinela foi implantada pela Anvisa em 2002, a partir de uma parceria com hospitais de grande porte, e se constituiu em um observatório para a Visa sobre o desempenho das diversas tecnologias em saúde utilizadas nos serviços (RABÊLO, 2007).

Na busca pela qualidade, torna-se fundamental a criação de mecanismos de avaliação, entendida como fundamental no planejamento e na gestão de sistemas de saúde (BRASIL, 2007g). A avaliação em saúde, ainda na visão de Donabedian (1988), tem como base a análise das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade. A Visa de serviços de saúde utiliza-se também desse marco teórico, tradicional no ramo da administração em saúde (MURAHOVSKY *et al.*, 2006).

Atualmente, é possível identificar experiências bem sucedidas no controle de riscos em serviços de saúde, as quais combinam diversos instrumentos, como a educação, classificação de riscos e complexidade dos serviços, monitoramento, regulamentação, incentivo a sistemas externos de qualidade etc. (MURAHOVSKY *et al.*, 2006). Na visão de Henriques (2006), movimentos como o de humanização da assistência, de avaliação de tecnologias antes de sua incorporação, a utilização do conhecimento como base para a organização do trabalho, associados a iniciativas para a adoção de protocolos de condutas e rotinas, também são atuais e devem acelerar nos próximos anos.

Como exemplos de compromissos objetivos, nos quais a Visa de serviços de saúde deve oferecer resultados à sociedade, encontra-se, para Henriques (2006), a redução dos óbitos ocorridos devido à baixa qualidade de maternidades e da assistência neonatal. Nesse mesmo sentido, a ANVISA está desenvolvendo o “Programa de Prevenção e Controle de Riscos em Serviços de Atenção Materna e Neonatal”, o qual objetiva prevenir e controlar os riscos nesses serviços, contribuindo para a qualidade da atenção e para a redução da mortalidade (BRASIL, 2007h). Também, entre as ações prioritárias da vigilância em saúde para 2007¹, que estão em consonância com o Pacto pela Vida, está o cadastramento, com licença sanitária atualizada, de 100% dos serviços hospitalares com maternidade e UTI neonatal (BRASIL, 2007i).

¹ Tais prioridades foram definidas no PAP-VS 2007 (Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde), substituindo a PPI-VS (Programação Pactuada e Integrada) (BRASIL, 2007i).

3 METODOLOGIA

3.1 A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

A escolha da metodologia de investigação é uma opção epistemológica que reflete os paradigmas e as teorias que dão sustentação ao estudo. Essa definição é imprescindível, uma vez que confere coerência para o desenvolvimento da pesquisa (AZEVEDO, 2005). Como defendido por Brito, seu estudo não poderia ser abordado do ponto de vista meramente quantitativo, o que também se aplica ao presente trabalho:

Mesmo que houvesse um sistema de informações bem estruturado e a disponibilidade de dados necessária, perder-se-iam alguns componentes extremamente ricos do processo, no que tange às relações estabelecidas, às experiências de gestão em andamento e à percepção do modo de fazer e da subjetividade entranhada no cotidiano das práticas [...]. (BRITO, 2007, p. 79).

A introdução do método qualitativo nas pesquisas surgiu como uma reivindicação das ciências sociais e humanas, inconformadas com a “ditadura do método” vigente na época que valorizava apenas o que cabia no método, e não o contrário: o método de captação da realidade subordinando-se às marcas da realidade (DEMO, 1998).

Para Minayo (2004), as metodologias de pesquisa qualitativa podem ser compreendidas como aquelas que têm capacidade de tratar os aspectos do significado e da intencionalidade como pertencentes aos atos, relações e estruturas sociais. A concepção trazida das Ciências Humanas demonstra que a pesquisa qualitativa não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

No campo da saúde, o debate do “qualitativo” emerge, principalmente, com discussões relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde (MINAYO, 2004).

Segundo Pope e Mays (2006), a pesquisa qualitativa, por desvelar processos sociais muitas vezes não abertos ou receptivos à pesquisa quantitativa, tem sido crescentemente utilizada em estudos sobre organização de serviços e políticas de saúde.

Diante dos objetivos desse trabalho, entende-se que o dinamismo do assunto, seu ineditismo e os inúmeros fatores relacionados ao processo e ao dia-a-dia dos profissionais justificam a priorização do estudo qualitativo. Por essa razão, a estratégia de pesquisa deste trabalho foi delineada como um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, que utiliza como técnicas de pesquisa a revisão bibliográfica, a aplicação de entrevistas semi-estruturadas e a elaboração de um diário de campo. Para análise dos dados, empregou-se a análise de conteúdo como técnica.

Ademais, por se tratar de uma investigação empírica sobre um fenômeno que não pode ser dissociado de seu contexto e que requer a observação de vários elementos simultaneamente, pode-se qualificar essa pesquisa também como um estudo de caso (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Tobar e Yalour (2001) descrevem que os estudos de caso são circunscritos a poucas unidades de análise, como pessoas, instituições, regiões ou países. Seu objetivo é apresentar porque e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas (MINAYO *et al.*, 2005). O estudo de caso apresenta-se como alternativa para pesquisa que privilegie o conteúdo qualitativo e o papel ativo do investigador e dos atores que se colocam como sujeitos de pesquisa (COSTA E SILVA, 2004).

Esse tipo de estudo é indicado quando o corpo de conhecimentos existentes é insuficiente para suportar a proposição de questões causais (COSTA E SILVA, 2004). Por essa razão, torna-se ferramenta valiosa ao entendimento de uma mudança política em andamento, uma vez que é sensível aos aspectos de colaboração e conflitos entre atores, o que permite compreender o sucesso ou fracasso das intervenções (POPE; MAYS, 2006). Dessa forma, pesquisas sobre políticas com estudos de caso conseguem abordar aspectos práticos, principalmente quando as questões se relacionam a como ou porque eventos tomam determinado rumo (POPE; MAYS, 2006).

3.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo constitui-se na expressão mais usada para o tratamento de dados de pesquisa qualitativa (MINAYO, 2004). Refere-se a um conjunto de técnicas de interpretação das comunicações que busca obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepções dessas mensagens (BARDIN, 2004). O texto, portanto, é transformado em informações prontas para a interpretação à luz dos materiais pesquisados e do objetivo do estudo (BAUER, 2002).

Tradicionalmente, a análise de conteúdo tem oscilado entre a “objetividade” dos números e a fecundidade da subjetividade. No seu surgimento, havia o fascínio pela matemática e a cientificidade atribuída à contagem (MINAYO, 2004). Contudo Bardin (2004, p. 110) informa que “por vezes, torna-se necessário distanciarmo-nos da crença sociológica na significação da regularidade. O acontecimento, o acidente, a raridade possuem, por vezes, um sentido muito forte que não deve ser abafado.” Tal menção às ocorrências que não são relevantes pela frequência, mas pela importância inerentes a si mesmas demonstra uma comparação adotada pela autora que pode representar um reforço ao método qualitativo.

Minayo (2004) afirma que o rigor matemático não substitui a percepção de conteúdos latentes e intuições não passíveis de quantificação. É adotada, portanto, nessa pesquisa, a vertente qualitativa da análise de conteúdo, entendida como um procedimento mais intuitivo, maleável e adaptável (BARDIN, 2004).

A unidade de registro¹ utilizada no presente estudo é o tema, considerada a mais útil em análise de conteúdo (FRANCO, 2005). Seu uso é comum para pesquisas sobre opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências etc. (BARDIN, 2004). É entendido como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.” (BARDIN, 2004, p. 99).

¹ Segundo Bardin (2004), trata-se do segmento de conteúdo considerado como unidade de base para a categorização.

O tema pode ser encontrado em uma simples frase, conjunto delas ou em um parágrafo (FRANCO, 2005). Dessa forma, o texto pode ser recortado em idéias constituintes, enunciados e em proposições com significações isoláveis (BARDIN, 2004).

A próxima etapa é a categorização dos temas identificados. As categorias reúnem um grupo de temas, com um título genérico, em razão de caracteres comuns (BARDIN, 2004). Sua definição é processo central, mas não único para a realização de inferências: a rede de significados e particularidades participa como um todo, no qual o que importa é o sentido do discurso (MENDES, 2002). O processo de categorização implica em idas e vindas e pressupõe a elaboração de várias versões, as quais vão sendo lapidadas e enriquecidas para dar origem à versão final, mais satisfatória (FRANCO, 2005).

Adotou-se, para a presente pesquisa, a categorização semântica, que avalia palavras e seus significados em determinado tema (AZEVEDO, 2005). Optou-se, também, por categorias não definidas *a priori*, as quais emergem da fala, do conteúdo das respostas e exigem maior bagagem teórica do investigador (FRANCO, 2005).

3.3 O CAMINHO PERCORRIDO E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA INVESTIGAÇÃO

3.3.1 O universo da pesquisa

O grupo selecionado para o processo investigatório foi constituído por 15 profissionais de secretarias de saúde municipais: cinco responsáveis pela Visa de serviços de saúde (RVSs), cinco técnicos da Visa de serviços de saúde (TVSs) e cinco coordenadores de saúde da mulher (CSMs). É importante salientar que em dois casos foi necessária a substituição do RVSs para a realização de entrevista: na primeira, devido à licença médica da ocupante do cargo. Com indicação da chefia de Visa do município, a entrevista foi efetuada com técnica da área que esteve no cargo de RVS antes da atual e exerceu a função por seis anos. Na segunda situação, a RVS estava em férias. Por meio de contato telefônico, ela sugeriu à pesquisadora que a coleta de dados fosse efetuada com a coordenadora de Visa do município.

O número de entrevistas segue as orientações de Gaskell (2003), que argumenta a necessidade de 15 a 25 entrevistas por pesquisa pelos seguintes fatos: há um número limitado de interpretações e versões da realidade; e as representações das experiências são resultados de processos sociais.

O critério empregado para a seleção dos municípios foi ser capital de Estado, uma em cada Região brasileira. Dessa maneira, os cinco locais onde foram coletados os dados referem-se a grandes cidades, com ampla população abrangida pela secretaria de saúde. Assim, analisamos locais que expõem diversidades regionais, mas com características comuns às capitais. Compreende-se o valor de trabalhar com as percepções dos profissionais da mesma forma que argumentado por Pinheiro:

Portanto, estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a **vida institucional**". (PINHEIRO, 2006, p. 68, grifo da autora).

Para os entrevistados, os requisitos foram: manifestarem interesse em participar do estudo após a exposição de informações sobre a pesquisa, serem responsáveis ou técnicos da área de serviços de saúde da Vigilância Sanitária ou coordenadores de saúde da mulher da secretaria de saúde municipal. Adotou-se o conceito de “responsável pela Visa de serviços de saúde” – RVS — por não haver um padrão para tal denominação: em algumas situações a nomenclatura do município é de diretor, coordenador, subgerente, chefe de divisão ou de núcleo; além disso, há casos em que o cargo também abrange a área de produtos para a saúde e de serviços de interesse à saúde¹.

É importante relatar que o trabalho de campo iniciou-se pela realização de entrevistas em três capitais brasileiras: uma na Região Norte, uma na Região Nordeste e uma na Região Sul, totalizando nove sujeitos. Essa coleta de dados permitiu verificar que as perguntas não eram abertas e apropriadas a um estudo qualitativo, como encontrado na literatura (MINAYO, 2004; RICHARDSON, 1999). Por essa razão, houve alteração no instrumento de coleta de dados: passou-se a utilizar um roteiro com menor número de perguntas e que permitiu ao entrevistador conduzir o processo de acordo com a fala do sujeito e os objetivos da pesquisa.

Tal etapa possibilitou uma análise dos dados iniciais, a qual gerou um manuscrito que se encontra em análise por uma revista (Anexo A), e a reelaboração do instrumento para uma nova etapa de coleta de dados. Destaca-se que essas nove entrevistas iniciais são consideradas um estudo piloto e que seus dados não foram apreciados na análise dos resultados. Considerando esses dois momentos, o trabalho de campo iniciou-se em julho de 2006, finalizando em agosto de 2007.

3.3.2 Instrumentos utilizados e realização das entrevistas

¹ “Serviços de Interesse à Saúde são estabelecimentos que exercem atividades que, direta ou indiretamente, podem provocar benefícios, danos ou agravos à saúde.” (BRASIL, 2007b).

O roteiro de entrevista foi construído e empregado como forma de facilitar a explicitação das percepções dos informantes, tendo-se o cuidado de não configurá-lo como elemento engessador do diálogo. Pressupõe-se que, da mesma forma que esclarecido por Richardson (1999), a entrevista é uma técnica que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre pessoas, configurando-se, pois, em uma comunicação bilateral.

As questões abertas adotadas evidenciam a opção pelo método indutivo, que busca significados e não traz pré-definições ou hipóteses (BARDIN, 2004; MINAYO, 2004; BAUER, 2002; GASKELL, 2003). O roteiro constituiu-se de quatro questões, que tratavam de aspectos relacionados à Vigilância Sanitária, saúde da mulher, qualidade em serviço de saúde que atende à saúde da mulher e integralidade entre as áreas (Apêndice A), baseando-se no referencial teórico adotado e levando-se em conta a lógica de encadeamento das perguntas (MINAYO *et al.*, 2005). Lembretes foram associados às perguntas do roteiro, funcionando como pontos específicos a serem tratados, os quais poderiam deixar de ser mencionados pela espontaneidade da entrevista (RICHARDSON, 1999).

Utilizou-se também, após a entrevista, um questionário com perguntas relacionadas a dados sócio-demográficos, à atuação profissional e percepção sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa última devido à identificação, pelo entrevistador, de que os indivíduos sentiam-se constrangidos ao tratar do tema na forma de pergunta de entrevista durante o estudo piloto (Apêndice B).

Como argumentado por Flick (2004), o uso de um questionário possibilita que dados relativos a tópicos menos relevantes sejam coletados, reduzindo o número de questões da entrevista. É preferível que sua aplicação ocorra imediatamente após o término da entrevista, a fim de evitar que esse instrumento se imponha sobre o diálogo nas entrevistas.

Foram efetuadas simulações antes do início da fase de campo, para que pudessem ser identificadas falhas na condução das entrevistas e para a aquisição de experiência prática na tomada de decisões necessárias em situação de entrevista (FLICK, 2004). Do mesmo modo, realizou-se levantamento bibliográfico sobre o tema a

ser abordado, para que a pesquisadora conseguisse colocar questões durante a entrevista que permitissem o aprofundamento (MINAYO *et al.*, 2005).

Primeiramente, foi efetuado contato telefônico com os profissionais, como um momento inicial de apresentação da pesquisa (objeto, objetivos, forma de participação dos atores no estudo), convite para participação e agendamento da viagem da pesquisadora para a realização das entrevistas. O encontro ocorreu nos respectivos locais de trabalho dos entrevistados, sendo que em quatro deles a Vigilância Sanitária não se situava no mesmo edifício da coordenação de saúde da mulher.

Antes do início das entrevistas, foram realizados os seguintes procedimentos: explicações sobre o estudo, seus objetivos, motivos da escolha dos sujeitos e garantia do anonimato e do sigilo das informações; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C); orientação ao entrevistado sobre a possibilidade de interromper, pedir esclarecimentos ou criticar alguma pergunta; e solicitação de autorização para a gravação (RICHARDSON, 1999).

A entrevista foi conduzida e gravada pela própria pesquisadora, com apoio do respectivo roteiro e anotadas em diário de campo as informações pertinentes ao local, duração da entrevista, receptividade do entrevistado, suas manifestações não-verbais e comentários emitidos pelos sujeitos antes ou após as entrevistas. Essas informações podem ser úteis à interpretação dos enunciados, permitindo comparar diferentes situações de entrevistas (FLICK, 2004).

A ordem exata e a redação das perguntas puderam variar para cada entrevistado (TOBAR; YALOUR, 2001). Segundo esses autores, o pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas que surgem no curso da entrevista, mas o guia é um conjunto de instruções claras relativas às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados — mostrando que o pesquisador tem clareza dos seus objetivos —, mas sendo suficientemente flexível para permitir liberdade ao pesquisador e ao informante. Também, devido ao fato de que as mesmas perguntas centrais são feitas a cada informante, torna-se mais fácil sistematizar os dados dessas entrevistas (TOBAR; YALOUR, 2001).

Os arquivos de áudio com as gravações das entrevistas realizadas durante a fase de campo do estudo foram entregues a uma profissional especializada em

transcrição de fitas, com vasta experiência em trabalhos na área da Saúde Pública. Mesmo assim, houve a preocupação em se ler esse material, ao mesmo tempo em que se escutava os arquivos de áudio das entrevistas, uma a uma, para que se identificassem possíveis falhas de transcrição.

3.3.3 Procedimentos para a análise

A pré-análise, etapa que visa à organização e exploração dos textos (BARDIN, 2004) foi iniciada com a leitura flutuante do material. Com isso, o pesquisador deixa-se invadir por impressões, permitindo que hipóteses tornem-se aparentes, a partir da projeção da teoria adotada ao material em análise (BARDIN, 2004). Em seguida, avaliando-se quais os textos susceptíveis de oferecer informações sobre o tema abordado na pesquisa, constitui-se aquilo que Bardin chama de *corpus* de análise, ou seja, o conjunto dos documentos e elementos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2004; MINAYO, 2004).

Sua constituição implicou no cumprimento de regras: exaustividade, levando-se em conta todos os elementos do *corpus* definido; homogeneidade, quando o material selecionado foi todo referido ao tema estudado; e pertinência, sendo os textos adequados ao objetivo da análise (BARDIN, 2004).

Para a análise de cada entrevista, contou-se com a participação de 3 pessoas: o pesquisador principal e dois indivíduos que se propuseram a atuar como juízes na análise de conteúdo. Cada um dos membros realizou separadamente os seguintes passos em cada entrevista: leitura flutuante; novas leituras para demarcação de verbalização; identificação de temas; e organização dos temas em categorias temáticas (AZEVEDO, 2005).

A partir desse trabalho, a equipe se reuniu, discutiu exaustivamente a análise de cada entrevista e buscou um consenso. Quando esse não ocorria, decidiu-se pela maioria. A definição dos temas foi realizada a partir do entendimento de quais eram as percepções dos entrevistados. A inclusão em categorias levou em conta os temas da mesma natureza ou que mantinham uma relação de significados por meio de elos de

similaridade, complementaridade, causalidade, diversidade ou ambivalência (BARDIN, 2004).

Buscou-se, como defendido por Bardin (2004), que as categorias fossem uma representação simplificada dos dados brutos. Trabalhou-se, também, para que as categorias apresentassem as seguintes qualidades: *exclusão mútua* (cada tema só pode estar em uma categoria); *homogeneidade* em relação à identificação e forma de análise adotada; *pertinência* do material ao quadro teórico; *objetividade* e *fidelidade* dos juízes na identificação de temas e categorias; e *produtividade* do material, decorrente de sua capacidade de fornecer informações, inferências e hipóteses novas (BARDIN, 2004).

Como forma de organização dos dados, trabalhou-se as informações em uma matriz (Apêndice D) com espaços para os seguintes aspectos: verbalizações, temas e definição das categorias. Assim, foram elaboradas as categorias específicas de cada uma das entrevistas e, com as co-ocorrências de seu conjunto, foram definidas as categorias síntese.

O processo final resultou na construção da síntese das cinco entrevistas com CSMs, das cinco entrevistas com RVSs e das cinco entrevistas com TVSSs. Esse material foi analisado à luz do contexto da integralidade aplicada ao estudo de caso presente: a integração entre a Vigilância Sanitária e a saúde da mulher.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Desde a elaboração do projeto, manteve-se o cuidado com os aspectos éticos, sendo esse apresentado em 19/04/2007 ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília, em consonância com o disposto na Resolução 196 (BRASIL, 1996). A aprovação ocorreu em 15/09/2006. Contudo, após a realização do estudo piloto, foi comunicada ao comitê, em 22/03/2007, a identificação da necessidade de alteração no roteiro de entrevistas e nova proposta de questionamentos.

A resposta obtida, em maio de 2007, informava que era preciso outra submissão de projeto ao CEP-FS. Feito isso, foram definidas alterações, por parte do comitê, as quais foram adotadas, sendo gerado um novo registro de aprovação: 038/2007 (Anexo B).

Para a participação no estudo, os sujeitos deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). O documento foi elaborado com linguagem acessível e continha informações relevantes sobre a pesquisa. Durante a apresentação do TCLE, houve esclarecimentos quanto ao objetivo da pesquisa e à utilização dos dados, incluindo também as medidas de proteção à confidencialidade. Também foram explicadas aos entrevistados as formas de divulgação dos resultados em publicações com fins científicos, com a garantia de jamais citar nomes ou qualquer forma de identificação.

O termo foi assinado pelo pesquisador e pelos sujeitos da pesquisa, em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador, a qual foi colocada em envelope lacrado no momento da assinatura do entrevistado. Somente depois das assinaturas é que se procedia à realização das entrevistas.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO SELECIONADO

Os municípios que participaram desse estudo — capitais estaduais, cada uma localizada em uma Região distinta — representam uma amostra de conveniência. Esse critério adotado justifica-se pelo fato de as capitais serem pioneiras no processo de descentralização do SUS. Ademais, como se trata de uma pesquisa exploratória, tornou-se apropriada a coleta de dados em distintas Regiões do país, de forma a contemplar diferentes realidades locais. Como forma de garantir o sigilo dos sujeitos participantes da pesquisa, não serão abordadas as características das cidades em que ocorreu a pesquisa.

Observações registradas no diário de campo e relevantes aos resultados do estudo seguem apresentadas:

- Percebeu-se receio por parte de três sujeitos em participar do estudo. No caso de um RVS e um TVS de um município, foi discutido com a pesquisadora o fato de o município não realizar inspeções em maternidades, apenas em consultórios e unidades de saúde, o que fazia com que os indivíduos tivessem dúvidas quanto à pertinência de participarem da pesquisa. Outra TVS preocupou-se com o fato de não atuar em inspeções: sua função era monitorar a qualidade dos serviços. Todos foram orientados que o importante para a participação no estudo era que fossem efetuadas ações de Visa em serviços de saúde que atendessem à saúde da mulher, não necessariamente maternidades, e que essas ações não se limitavam a inspeções;

- Em entrevista realizada com uma CSM, a participante questionou, após a coleta de dados, como ocorre a atuação da Visa em serviços de saúde, pois ela conhecia muito pouco esse campo da Visa, já que são mais divulgadas as ações na área de alimentos e medicamentos;

- Outra CSM demonstrou insatisfação com a secretaria de saúde. Segundo a entrevistada, o primeiro convite que recebeu para exercer o cargo propunha que ela

apenas “assinasse” que atuava na função, sem que precisasse assumir as responsabilidades inerentes. A entrevistada informou que recusou essa proposta e que se comprometeu a efetivamente ser CSM. Outro ponto que lhe causava desestímulo era o fato de o secretário de saúde não ser favorável às reuniões que ela promovia nas regionais de saúde. Para a CSM, isso se devia à inveja do secretário quanto ao trabalho que ela estava desenvolvendo.

Dados sociais dos sujeitos da pesquisa estão descritos de forma sucinta na Tabela 1, os quais tiveram origem no questionário preenchido após entrevista (Apêndice B). Entre os sujeitos, nove possuem outro emprego — três de cada cargo, sendo cinco docentes universitários.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DOS ENTREVISTADOS

VARIÁVEL	CSM	RVS	TVS
Sexo (nº. sujeitos)			
Masculino	2	2	
Feminino	3	3	5
Idade (média)	47,8 anos	46,2 anos	39,2 anos
Tempo de atuação no cargo (média)	24 meses	5,4 anos	8,8 anos
Tempo que atua na área - Vigilância Sanitária ou saúde da mulher (média)	18,4 anos	9,4 anos	6,2 anos
Última formação (nº. de sujeitos)			
Graduação		1	1
Especialização	4	2	3
Mestrado	1	1	1
Doutorado		1	
Área de formação			
Medicina	3	2	
Enfermagem	1		2
Farmácia		2	
Serviço social	1		
Medicina veterinária		1	
Nutrição			1
Odontologia			2

FONTE: O autor (2007)

NOTA: N= 15 (5 CSM, 5 RVS e 5 TVS)

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Quando perguntados, por meio do questionário auto-aplicável, sobre a opinião em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, obteve-se resposta de oito profissionais — os cinco CSMs, dois RVs e um TVS. Responderam que não conheciam a política dois RVs e dois TVSs; um RV e dois TVSs não quiseram opinar sobre a questão. Seguem abaixo os julgamentos dos sujeitos:

“Acho que a política é bastante abrangente”. (CSM 1)

“Na minha opinião, trata-se de um grande avanço da garantia dos direitos para mulheres”. (CSM 2)

“A proposta é louvável, entretanto nem todos os municípios a tem como prioridade. O repasse de verba não é específico para a ‘área’, apenas a política e o gestor investe onde ‘ele’ entende que é prioridade”. (CSM 3)

“Falta de integração do nível central com o nível local”. (CSM 4)

“Acho que teve um grande avanço, porém os setores locais deveriam ter um preparo sobre essa questão, senão os profissionais estarão sempre esbarrando nas limitações do gestor”. (CSM 5)

“O programa é bom, contempla vários aspectos da saúde da mulher, entretanto, em termos operacionais, ou seja, na prática, deixa a desejar. Não funciona plenamente, nem em pequenas unidades e nem nas grandes unidades de saúde”. (RVS 3)

“Um programa bastante amplo, atende a mulher em toda a sua integralidade. Muito interessante e necessário”. (RVS 4)

“Considero fundamental a implementação da proposta, principalmente por preservar a integralidade das ações, oportunizando a percepção do indivíduo como um todo”. (TVS 4)

Os temas tratados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foram também abordados, por meio de tópico que apresentava os itens constantes na política, dando a opção de o entrevistado registrar cada um isoladamente, “todos os temas” ou “nenhum dos temas”, como segue no Apêndice B. Não responderam à questão um RVS e um TVS. Dos que assinalaram, um CSM, um RVS e dois TVSS marcaram alguns itens apresentados. Seguem na Tabela 2 os assuntos que foram apontados pelos entrevistados que não marcaram a opção correta, ou seja, “todos os temas”.

TABELA 2 - TEMAS TRATADOS NOS OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

TEMAS (Nº. DE SUJEITOS QUE ASSINALARAM)	CSM	RVS	TVS
Atenção clínico-ginecológica	1	1	2
Planejamento familiar	1	1	2
Atenção obstétrica e neonatal	1	1	1
Saúde da mulher no climatério	1	1	
Saúde da mulher na terceira idade		1	
Saúde da mulher negra			1
Saúde das trabalhadoras do campo e da cidade	1	1	1
Saúde da mulher indígena	1		1
Participação e controle social			1
Violência doméstica e sexual	1	1	
Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina	1	1	2
Morbimortalidade por câncer na população feminina	1	1	

FONTE: O autor (2007)

NOTA: N= 15 (5 CSM, 5 RVS e 5 TVS)

4.3 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS QUE EMERGIRAM DAS ENTREVISTAS

4.3.1 Categorias dos coordenadores de saúde da mulher

Categorias Síntese

Categoria A - A Vigilância Sanitária “tem três funções principais: a prevenção, a fiscalização e a intervenção”.
Definição da categoria
<p>A Vigilância Sanitária possui três funções: prevenção, fiscalização e intervenção. Ela tenta prevenir ou, quando já há algo estabelecido, realiza uma ação em si. Sua atuação se dá por meio das inspeções ou supervisões, que envolvem produtos, alimentos, meio ambiente, medicamentos, cosméticos, locais que têm assistência à saúde, farmácias, tudo que envolve e que interfere na saúde; além de realizar normatizações, com o objetivo de garantir a saúde da população. Há caso em que o único contato com a Vigilância foi em relação às orientações que ela fornece sobre destino do lixo, cuidados com esgoto e quando trouxeram fichas pra fazer a notificação, seja de doenças ou de violência. A Vigilância Sanitária faz coisas que não se fica sabendo, como num caso de interdição de DIUs, que estavam distribuídos em toda a rede, sendo preciso correr atrás do prejuízo. Outro problema é que a Vigilância não orienta antes da montagem de um consultório. Apenas após tudo pronto é que realiza alguma intervenção. Questiona-se quanto ao uso de dois pesos e duas medidas, já que existem consultórios tão bonitinhos e unidades de saúde caindo aos pedaços, enquanto que a Vigilância não intervém nesse último caso.</p>
Temas
<ol style="list-style-type: none"> 1. “Tem três funções principais: a prevenção, a fiscalização e a intervenção”. 2. “Faz a inspeção”. 3. Tenta prevenir ou realizar “uma ação” “quando o fato já está estabelecido”. 4. “Responsável por supervisionar” e fazer normatizações. 5. “Orienta sobre a questão do destino do lixo”, “a questão de esgoto” e as notificações. 6. “Faz algumas coisas e a gente nem fica sabendo”. 7. “A Vigilância Sanitária não orienta”.
Verbalizações
<p>“A Vigilância Sanitária, pra mim, três funções principais: a prevenção, a fiscalização e a intervenção. A prevenção: uma maneira de agir no meio ambiente onde existam fábricas que possam alterar o nosso meio ambiente e que tenha riscos à sociedade. [...]. E fiscalizar os medicamentos, alimentos, ver se está vencido ou não, qualidade dos cosméticos também. [...]. Na intervenção, fiscalização e prevenção”. (CSM 4)</p> <p>”Vigilância Sanitária, na minha concepção, seria um órgão público que faz a inspeção dos produtos, alimentos, meio ambiente, e locais que ocorre assistência à saúde”. (CSM 1)</p> <p>“Seriam ações de prevenção ou mesmo da ação em si, quando o fato já está estabelecido no que diz</p>

respeito à Vigilância, a uma fiscalização desses serviços mesmo”. (CSM 2)

“Trabalhando na Secretaria, (a Vigilância Sanitária) é um departamento responsável por estar supervisionando as ações, meio ambiente, unidade de saúde, hospital, farmácias, tudo que envolve e que interfere na saúde”. (CSM 3)

“O que eu sei que a Vigilância Sanitária vem e faz aqui é orientar, por exemplo, a questão do destino do lixo, [...] a questão de esgoto [...]. Foram as únicas vezes que eu ouvi falar que a Vigilância esteve por aqui. A questão também da notificação, doenças de notificação compulsória”. (CSM 5)

“Às vezes a Vigilância Sanitária faz algumas coisas e a gente nem fica sabendo na verdade. Um exemplo que eu posso citar é que há pouco tempo aconteceu, em 2005, uma interdição cautelar dos DIUs que a gente estava adquirindo e a gente não foi consultado se achava se deveria interditar mesmo ou não [...]. A gente tinha esses DIUs todos na rede. [...] o DIU acabou sendo utilizado novamente, porque na verdade não ficou nada provado com relação”. (CSM 1)

“Eles deixam montar consultório e não orientam como tem que ser o consultório em relação ao baldinho, que tem que ter um espaço pra fora do banheiro, sabe, não explicam. O médico vai lá, monta o consultório, acha bonitinho, coloca carpete, que não pode. Não existe... A Vigilância vai lá e fala: ‘não, isso não pode, tem que fazer isso’”. (CSM 4)

Categoria B – “Garantir que as mulheres tenham uma saúde do ponto de vista integral”

Definição da categoria

A saúde da mulher é vista como um todo, contemplando emprego, moradia, lazer, trabalho, além das ações da saúde em si. Por isso, deve-se considerar o meio no qual ela está inserida; não apenas em relação à sua saúde física, mas também à qualidade de vida social e mental. Porém, nem sempre houve essa visão integral da mulher. Com o PAISM é que começou a se pensar na mulher como ser humano, como cidadã. Um atendimento de qualidade, portanto, necessita enxergar a mulher em todo o ciclo de vida: seja na adolescência, no pré-natal ou nos casos das mulheres que não querem ter filhos e na maturidade. Contudo, o que se vê é um atendimento muito seco, com pouca sensibilidade e pouco efeito, o que chega a ser uma forma de violência, pois a mulher é tratada como um objeto. Devem estar presentes vários atores, de várias profissões, na assistência, o que proporciona um olhar diferenciado. Compreende-se também a importância do atendimento humanizado, com acolhimento e empatia por parte dos profissionais, em um sistema integrado, pois não basta só uma estrutura boa. Portanto, o serviço deve dar respostas às suas demandas, colaborando para que mulher tenha conhecimento do funcionamento do seu corpo e possa fazer uma escolha informada. Como exemplo, temos o modelo avançado do atendimento à mulher vítima de violência, no qual os profissionais têm muita preocupação em resolver a acabam buscando soluções que, muitas vezes, não se corre atrás para mulheres que não estão nessa situação.

Temas

1. “A saúde da mulher envolve tudo”.
2. “É o meio em que a mulher vive”
3. “Começou a se pensar na mulher” “com uma visão integral”.
4. “Todo o ciclo de vida”.
5. “Tem a *coisificação* do ser humano”.
6. A mulher deve ser “atendida por vários profissionais”.
7. “Assistência humanizada”
8. “Dar resposta a todas as suas demandas”

9. “A escolha informada”
 10. O modelo da “vítima de violência”.

Verbalizações

“Acho que (saúde da mulher) não foge do que seria a saúde como um todo. É emprego, moradia, lazer, trabalho, são as ações da saúde em si, promoção, prevenção. Aí entraria a consulta médica, exames de prevenção, mama, parte educativa, eu entendo a saúde da mulher que tem todo esse eixo. A gente fala muitas vezes pra mulher fazer citologia, mas às vezes ela não tem nem um alimento, ela não tem emprego, ela não tem vale transporte pra ir até a unidade de saúde, não tem recurso pra chegar à unidade de saúde. A saúde da mulher envolve tudo”. (CSM 3)

“A saúde da mulher é o meio em que a mulher vive, chega a ser a qualidade vida social e mental. É um sistema, uma integração de muitas ações do meio, do ambiente em que ela vive e em relação também à sua saúde física”. (CSM 4)

“Antigamente era só materno-infantil. Se preocupava com o pré-natal e a puericultura. Depois do PAISM, começou a se pensar na mulher como ser humano, como cidadã, com direitos, deveres e com uma visão integral”. (CSM 1)

“Se eu penso no atendimento de saúde com qualidade, eu tenho que pensar na mulher em todo o ciclo de vida. Em relação ao adolescente, pra que ele esteja informado, que ele tenha os devidos cuidados. A mulher no pré-natal, com todo o cuidado que é necessário. A mulher que não quer ter filhos, também com todos os cuidados pra que ela não tenha filhos. A mulher já entrando na fase da maturidade, pra que ela tenha a questão do climatério hoje, da reposição hormonal”. (CSM 2)

“E é tudo muito seco. [...] Como é um trabalho com muito pouca sensibilidade, ele não tem efeito. Ele não tem efeito, a paciente não se sente estimulada a frequentar aquele ambiente, eu vejo quase como se fosse uma violência. Porque tem a *coisificação* do ser humano. É tratada como um objeto na realidade”. (CSM 5)

“Sendo atendida por vários profissionais, além de promover um crescimento entre a equipe, existe um olhar diferenciado. Porque cada um, dentro do que foi preparado, consegue enxergar melhor essas necessidades”. (CSM 5)

“(Serviço) de qualidade seria ter um bom médico, um bom enfermeiro, um bom prédio e um bom acolhimento. Uma assistência humanizada ao usuário que procura qualquer serviço”. (CSM 4)

“O serviço de saúde que atende à mulher com qualidade é o serviço que consegue dar resposta a todas as suas demandas. Do ponto de vista da gravidez e do parto, como também das fases da vida, como eu falei”. (CSM 1)

“Significa que a mulher possa ter condições de saber do funcionamento do seu corpo, conhecer as suas necessidades para, a partir daí, ela poder programar sua saúde reprodutiva e sexual, ter clareza do funcionamento do seu corpo até para que ela possa previamente estar cuidando da vida dela mesmo antes do processo de adoecer”. (CSM 2)

“Conhecer os métodos contraceptivos para ela poder fazer a escolha dela. O ministério preconiza a informação para ela poder fazer a escolha, a escolha informada”. (CSM 2)

“Por exemplo, eu costumo dizer que a mulher vítima de violência, o atendimento a ela está na frente dos outros. Porque a preocupação dos profissionais é tão grande quando se trata de uma questão de urgência [...] que ela acaba sendo um modelo de atenção que deveria ser para todos os casos. Por exemplo, a gente atende uma mulher de violência sexual. Quando você vê, nós estamos dando diagnóstico porque ela está desnutrida”. (CSM 5)

<p>Categoria C – “O próprio serviço te obriga a estabelecer essas relações”. Mas com a Vigilância Sanitária, “não existe relação nenhuma”.</p>
<p style="text-align: center;">Definição da categoria</p> <p>O trabalho na área de saúde da mulher não pode ser realizado de forma isolada. É necessária a integração com áreas como a saúde do adolescente, da criança, do idoso, vigilância epidemiológica, etc. Dessa forma, querendo ou não, acaba-se buscando essa parceria com outras áreas, pois o serviço obriga a isso. Até porque o ser humano é múltiplo também. Por isso, todo o trabalho deve ser realizado em rede, já que as equipes não dão conta, sozinhas, de fornecerem uma atenção integral. No entanto, apesar de já ter tido contato com a Vigilância Sanitária para tratar de algum problema, como no caso de uma UTI ou algum produto, não há relação voltada à prevenção. Nessa perspectiva, a Vigilância Sanitária poderia fornecer um <i>feedback</i> sobre as condições de uma maternidade, por exemplo. Entende-se que as ações de saúde da mulher e de Vigilância Sanitária são separadas, não há dependência entre elas. Também não há relação direta, só indireta, intermediada pela área de controle e avaliação. Para os entrevistados, a integração dentro da secretaria de saúde é difícil. Um dos fatores é o excesso de demanda, o que dificulta os profissionais a refletirem sobre a possibilidade de realizarem o trabalho junto com outras áreas. Além disso, existe a questão da separação física, que dificulta os relacionamentos. Para falar com a Vigilância, é preciso marcar uma reunião e ainda conseguir que todos venham. Existem também as lutas de poder como fator de dificuldade. Os gestores demonstram um modelo de comportamento que vem de cima pra baixo e que é copiado pelas pessoas. Muitas nunca nem conversaram com o secretário de saúde.</p>
<p style="text-align: center;">Temas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Não acreditamos em nenhum trabalho isolado”. 2. “O próprio serviço te obriga a estabelecer essas relações” 3. “Precisa todo um trabalho em rede”. 4. “Não houve nem da parte da mulher nem na parte da Vigilância o enfoque na questão da prevenção”. 5. “O trabalho deles (Vigilância Sanitária) é deles. E o nosso é nosso”. 6. “A integração dentro de uma secretaria [...] é muito difícil mesmo” 7. A separação física “atrapalha o relacionamento e o crescimento” 8. “Um dos maiores problemas são os gestores”
<p style="text-align: center;">Verbalizações</p> <p>“Todo trabalho que a gente fez até aqui sempre foi em conjunto”. [...]. “Não acreditamos em nenhum trabalho isolado até porque o ser humano é múltiplo, você tem essa necessidade dessas ações conjuntas até pra facilitar, diminuir recursos e facilitar, inclusive, a realização do próprio trabalho”. (CSM 2)</p> <p>“O próprio serviço te obriga a estabelecer essas relações. Por exemplo, na criança tem a questão da imunização. Aí quando você vai trabalhar a saúde da mulher, tem a imunização. Têm os dados de mortalidade, que o sistema de informação fica todo na epidemiologia, entendeu? [...]. Então, acaba que a gente, querendo ou não, acaba buscando essa parceria, essa vinculação”. (CSM 3)</p> <p>“Todos os trabalhos deveriam ser em rede, ampliando mais ainda. [...]. Já se chegou à conclusão, já faz tempo, que o atendimento é em rede. As equipes sozinhas não vão conseguir dar uma atenção integral”. (CSM 5)</p> <p>“É uma questão que eu falei no início: se tem um momento de óbito infantil numa UTI ‘X’ ou um produto que desconfia que não está de acordo, então levamos o problema pra Vigilância. Mas agora deveria ter uma integração maior na questão da prevenção. De dizer: aquela maternidade com relação à sua</p>

higiene, como que está aquela unidade neonatal, a sua estrutura. Então eles mesmos dão um *feedback*: tudo está indo de acordo”. (CSM 4)

“O trabalho deles é deles. E o nosso é nosso. Não existe relação nenhuma. Nenhum depende do outro e, quando tem necessidade, por exemplo, às vezes que tenha alguma denúncia, alguma coisa assim, a gente passa pro departamento de controle e avaliação e ele toma as providência, se for na forma de convênio. E quando é o caso passar pra Vigilância pra fazer a supervisão. Mas nenhum contato mais direto, não”. (CSM 3)

“A integração dentro de uma secretaria [...] é muito difícil mesmo. As demandas são muito altas, as pessoas estão sempre correndo atrás das questões que aparecem, e às vezes a gente não pára, não tem tempo pra analisar como poderia ter sido feito de uma outra forma, talvez ter feito junto. [...]. Acho que tem também as questões de poder. A pessoas querem o poder pra si, não querem dividir com outras instâncias e acabam atrapalhando o meio de uma forma desintegrada mesmo”. (CSM 1)

“Todos os departamentos são separados. Têm divisórias, é frágil, mas é suficiente para atrapalhar, você tem que sair da sua sala pra ir pra outra sala. Como que você vai separar a saúde da mulher da saúde da indígena? Como que vai separar o departamento de DST/Aids? Como que vai separar da saúde da criança? Como?” [...]. “E isso atrapalha o relacionamento e o crescimento. Porque se estivessem juntos, acredito que o crescimento seria maior. Talvez a confusão também fosse maior, mas isso também é importante pro crescimento”. (CSM 5)

“Eu não tenho dúvida que um dos maiores problemas são os gestores. É a forma como eles se comportam. O modelo que eles reproduzem. Eu acredito que exista uma reprodução do comportamento que vem de cima pra baixo. As pessoas tendem a copiar aqueles que estão mais acima. Tem pessoas que nunca sequer conversaram, por exemplo, com o secretário. E que nunca disse ‘oi’ pra ninguém quando passa nos corredores e nem olha para os lados”. (CSM 5)

4.3.2 Categorias dos responsáveis pela Visa de serviços de saúde

Categorias Síntese

Categoria A - “Controla os serviços e os produtos”.
Definição da categoria
Entende-se que o papel da Visa seja diminuir, controlar e eventualmente eliminar riscos. Para isso, ela controla os produtos e serviços que podem trazer algum agravo à população, realizando promoção à saúde. A Visa exerce uma função muito importante no SUS, já que trabalha com a prevenção. Entre suas ações, destacam-se a educação em saúde e a fiscalização, a qual se dá por meio de inspeções. Porém, a imagem que prevalece é de um órgão punitivo, e não como um parceiro. A própria população se volta contra a Visa, o que faz com que os profissionais questionem suas práticas, evidenciando a necessidade de mais divulgação da Visa.
Temas
<ol style="list-style-type: none"> 1. “Diminuir, controlar e eventualmente eliminar riscos”. 2. “Controla os serviços e os produtos”.

3. “Prevenção de toda uma população”.
4. “Educação em saúde” e fiscalização.
5. “Nunca acha que a Vigilância é um parceiro”.

Verbalizações

“A Vigilância Sanitária é um conjunto de ações que visa diminuir, controlar e eventualmente eliminar riscos à população. Na nossa área de serviço de saúde e de interesse à saúde, evita riscos presentes nesses estabelecimentos que prestam serviços”. (RVS 1)

“Vigilância Sanitária, pra mim, é a promoção em saúde. Ela atua antes de ocorrer o agravo. Ela faz parte da vigilância em saúde na promoção em saúde. Ela controla os serviços e os produtos que direta ou indiretamente podem trazer agravo ao cidadão”. (RVS 4)

“Vigilância Sanitária, dentro da secretaria de saúde, ela está como uma mola mestra. [...]. Você trabalha com a prevenção de toda uma população. Não só especificamente daquele serviço de saúde, mas indo para várias atividades. É uma coisa da prevenção mesmo, de você impedir que uma pessoa lá na ponta, ela tenha uma reação por um procedimento de forma incorreta”. (RVS 5)

“A gente pode pensar na primeira, que eu considero muito importante, que é a educação em saúde. Colaborando pra uma consciência crítica acerca disso e também colaborando pra que a população assuma responsabilidades diante disso. Um outro momento que a Vigilância pode atuar é na fiscalização: vistorias, inspeções, se certificando do bom andamento dos serviços, da produção, da distribuição, do armazenamento de produtos e a partir daí intensificando a suas ações em termos de fiscalização mesmo, pra minimizar os riscos”. (RVS 3)

“As pessoas ainda vêem a Vigilância Sanitária como aquele órgão punitivo, nunca acha que a Vigilância é um parceiro, que é pra ser um parceiro também, apesar de às vezes a gente ter que fazer coisas mais duras”. (RVS 5)

“O mais interessante é quando a população se volta contra a Vigilância [...]. Talvez seja uma falha da Vigilância? Eu até acredito que seja uma falha da Vigilância; e a própria ANVISA fazer mais trabalhos de divulgação, a gente tem que começar a fazer trabalhos em escolas, clube de mães, de expor bem essa questão. É muito interessante isso. E choca às vezes. A gente que é de Vigilância fica pensando ‘Será que eu estou errado?’ E seus valores começam a inverter. Estou tentando impedir que aquela pessoa tenha uma contaminação, enquanto que ela acha que estou impedindo uma pessoa de trabalhar”. (RVS 5)

Categoria B – “Assistência médica, psicológica e social”.

Definição da categoria

Ao abordar o tema saúde da mulher, houve menção aos programas e serviços voltados à saúde da mulher, como consultórios de gineco-obstetrícia. Contudo, há também a percepção de que é necessário conhecer essas mulheres (quem são) e seu contexto (onde estão). Os problemas de saúde da mulher tratados foram com relação à estética, à necessidade de conscientização das mulheres sobre a importância da questão nutricional e de atividades físicas e aspectos culturais, como o uso de chazinhos. Um serviço que atenda à saúde da mulher necessita ter condições físicas adequadas e contemplar a mulher do seu nascimento ao climatério. É importante também que o serviço vislumbre a mulher não apenas em seu aspecto fisiológico, mas que a enxergue tanto do ponto de vista da assistência médica, como social e psicológica. Por fim, os profissionais que a atendem devem ser qualificados, pois muitas vezes encontram-se desmotivados.

Temas

1. “Programas e serviços voltados à saúde da mulher”.
2. “Entender quem é a mulher e onde ela está”
3. “Serviços de interesse da saúde”, “com relação à estética”.
4. “Questão nutricional e de exercício físico”.
5. Região atípica, com “problema cultural muito sério”.
6. “Condições físicas, áreas adequadas”.
7. “Desde o nascimento até o climatério”
8. “Assistência médica, psicológica e social”.
9. “Qualificando os profissionais que vão atender”.

Verbalizações

“O que vem à mente são os programas e os serviços voltados à saúde da mulher. A gente tem alguns ambulatórios, consultórios voltados para a área: consultórios de ginecologia, obstetrícia, mais focados na saúde da mulher”. (RVS 1)

“Primeiro que nós temos que entender quem é a mulher e onde ela está. Se a mulher está dentro de casa, se está no lar, no trabalho, mulher branca, preta, índia, mulher pobre, rica, a mulher que está na rua, debaixo da ponte, é uma trabalhadora, é submissa, primeiro entendendo mulher. E nesses vários aspectos, nessas várias interfaces de ser mulher, sempre a saúde dela pode estar sendo colocada em risco”. (RVS 3)

“O que chama atenção e o que poderia falar é com relação à estética. Tem um ramo, uma especialidade médica relacionada à estética e que isso tem pesado aqui. O número de denúncias é muito grande e o número de situações irregulares relacionadas à estética e que não é exclusividade da mulher, mas que a população que é atendida é eminentemente feminina”. (RVS 1)

“Acho que falta um pouco de conscientização das próprias mulheres para essa questão nutricional e de exercício físico, de atividades físicas”. (RVS 4)

“A gente vive numa Região que é atípica e tem problema cultural muito sério. As pessoas ainda estão muito ligadas ao chazinho, do unguento - que a minha mãe fazia [...]. É uma questão muito de cultura, aqui a gente vivencia muito a questão cultural porque a gente tem uma população muito misturada”. (RVS 5)

“Um serviço de saúde que atenda com qualidade a saúde da mulher é aquele serviço que tem as condições físicas, áreas adequadas para poder fazer o tipo de atendimento. Aquele serviço que tem condições de limpeza e de organização adequadas”. (RVS 1)

“Um serviço de saúde de qualidade, no caso pra mulher, tem que ir desde o nascimento até o climatério, os idosos. Devem iniciar no nascimento e fazendo todos os acompanhamentos, na adolescência, na idade adulta, na obstetrícia, ginecologia, nutricional, mental, até passar pela questão de acompanhamento do idoso, das necessidades que o idoso tem”. (RVS 4)

“O que a gente vê na realidade são muitas mulheres necessitando de uma assistência melhor, necessitando de um amparo, de uma assistência médica, psicológica e social”. (RVS 2)

“Tinha que ser desde qualificando os profissionais que vão atender aquela mulher, porque esse profissional também está muito desmotivado, ele não tem entendimento qual é a função dele realmente”. (RVS 5)

<p style="text-align: center;">Definição da categoria</p> <p>A Visa possui relação com muitas áreas, como a vigilância epidemiológica e o controle e avaliação, além de setores que se encontram fora da prefeitura, como o Ministério Público. Essas relações se dão a partir da necessidade, ou seja, não é algo sistematizado, pois esses contatos ocorrem de forma pontual. Como exemplo de integração, foi mencionada a interface com a saúde bucal devido a uma série de irregularidades e denúncias relativas aos equipamentos. Já com o programa de saúde da mulher, não há nenhuma relação, possivelmente porque não houve nenhum problema grave nesse campo, pois se acredita que, caso houvesse, teriam chamado a Visa. Comentou-se também que nunca se pensou na possibilidade da relação entre essas duas áreas. Os entrevistados percebem que existe uma separação, infelizmente, entre a Visa e a assistência, áreas que deveriam trabalhar mais conjuntamente. Na prática, o que ocorre é: secretaria para um lado e Visa para o outro. Esse é um desafio importante, até porque Vigilância Sanitária só avalia as questões sanitárias, não vê prontuário nem analisa o atendimento. Quando a Visa trabalha de forma articulada, o usuário ganha em qualidade.</p>
<p style="text-align: center;">Temas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Relação com as outras áreas” 2. “Interface acontece a partir da necessidade”. 3. “Coisas pontuais que a gente procura atender”. 4. “Experiência recente” “com a saúde bucal” 5. “Uma articulação com o programa saúde da mulher a gente não tem. Talvez não tenha havido problemas”. 6. “Não se pensou ainda na possibilidade em trabalhar juntos”. 7. “Deveria ter uma proximidade melhor entre a vigilância e a assistência”. 8. “Secretaria para um lado e Vigilância para o outro”. 9. “Quando a gente trabalha junto, o cidadão ganha”.
<p style="text-align: center;">Verbalizações</p> <p>“A Vigilância Sanitária vai ter relação com as outras áreas da vigilância em saúde. E com outras instâncias da secretaria de saúde [...], com atenção básica. [...]. E a gente tem uma relação também com outras instâncias fora da secretaria da saúde, fora da prefeitura municipal. A questão da Vigilância Sanitária estadual, no apoio, norma técnica, cursos; com a ANVISA, temos alguns pontos para discussão de tema. O Ministério Público que também tem uma relação muito forte com a gente, especialmente com relação à saúde do idoso, casa de repouso, abrigos, a gente tem feito um trabalho [...]; com o Poder Judiciário [...], que cuida da questão da infância e juventude; as FEBEMs, que a gente também faz inspeções”. (RVS 1)</p> <p>“Infelizmente, essa interface da Vigilância Sanitária com outras áreas da Secretaria de Saúde [...], com a vigilância epidemiológica e controle de avaliação acontece a partir da necessidade. Quando aparece uma situação que precisa dessa ação conjunta é que vem, é que aparece esse trabalho conjunto. Uma programação, uma sistematização, uma agenda pra isso acontecer, infelizmente, eu não consigo perceber”. (RVS 3)</p> <p>“Existe (integração) assim, emergencial. A gente tem uma auditoria, o tempo de regulação, quando tem uma denúncia elas fazem um relatório, o credenciamento do SUS, aí precisa da nossa ajuda pra fazer inspeção naquele local pra ver se vai atender ou não às exigências do SUS. Mas não é um programa. São coisas pontuais que a gente procura atender enquanto secretaria de saúde”. (RVS 2)</p> <p>“A gente teve experiência recente e está tendo com a saúde bucal. Com os serviços odontológicos no município, que a gente identificou que tinha algumas carências, e a gente está fazendo um trabalho junto com o programa de saúde bucal para corrigir algumas situações nos equipamentos públicos que prestam atendimento odontológico [...]. Apareceu demanda, uma série de situações irregulares, que foram denunciados pelos próprios trabalhadores desses segmentos e a gente procurou fazer esse programa”. (RVS 1)</p>

“Uma articulação com o programa saúde da mulher a gente não tem [...]. Acredito que não ocorreu ainda com a saúde da mulher porque talvez não tenha havido problemas de uma maior magnitude nessa área. Se houvesse, eles teriam chamado a Vigilância Sanitária, a gente teria ido atrás”. (RVS 1)

“Eu não percebo esse *link*. Eu nunca fui chamado pra participar de uma discussão que fechasse essas duas ou que criasse uma proximidade maior entre essas duas esferas (saúde da mulher e Visa) [...]. Eu acho que a razão está em exatamente em não ter se pensado nisso”. (RVS 3)

“A gente tem uma distância entre a Vigilância Sanitária e a parte da assistência [...]. Eu percebo que deveria ter uma proximidade melhor entre a Vigilância e a assistência [...].Ter uma integração maior desses setores”. (RVS 2)

“Infelizmente a gente observa que ainda existe uma coisa na secretaria assim: secretaria para um lado e Vigilância para o outro. [...]. A própria vigilância epidemiológica, a gente ainda não conseguiu fazer aquele entrosamento que tem tudo a ver. Quando eu cheguei já estava assim, é um desafio essa aproximação”. (RVS 5)

“Quando a Vigilância trabalha desarticulada, ela vai lá e vê apenas as questões sanitárias. A gente não verifica a questão de prontuário, de atendimento, como é que esse médico está conduzindo, encaminhando pra diagnóstico ou não. E no caso, quando a gente trabalha junto, o cidadão - no caso a mulher - ganha em relação a qualidade. Um atendimento mais amplo, integral e preventivo”. (RVS 4)

Categoria Específica

Categoria A – “A gente não tem uma estrutura montada”.
Definição da categoria
A Visa passou a gestão plena há pouco tempo. Dessa forma, o serviço ainda está sendo estruturado, pois antes eles trabalhavam mais com a parte de alimentos, bar e restaurante. Ainda não há os recursos necessários: faltam pessoas, instalações físicas adequadas e veículos.
Temas
1. “A gente não tem uma estrutura montada”.
Verbalizações
“Nós passamos à plena agora [...]. Significa que o estabelecimento de assistência à saúde inclusive esse de assistência à mulher foram repassados pra gente agora, porque antes a gente não fazia toda a área de assistência à saúde. Antes da plena nós fazíamos a parte de alimentos, bar, restaurante”. (RVS 2)
“A gente não tem uma estrutura montada pra receber tudo isso. A gente está se estruturando para atender uma demanda que já é grande e não temos recursos humanos, recursos materiais, a própria instalação [...], falta veículo”. (RVS 2)

4.3.3 Categorias dos técnicos de Visa de serviços de saúde

Categorias Síntese

Categoria A - “Nós trabalhamos com inspeções sanitárias”.
Definição da categoria
<p>A Visa procura garantir o acesso a serviços de saúde com qualidade, minimizando os riscos. Seu trabalho se fundamenta na inspeção sanitária, com avaliação das condições de trabalho e utilização da legislação como subsídio. Quando o caso é passivo de orientação, os técnicos orientam, pois a Visa deve educar os profissionais a fim de que eles tenham um ambiente adequado ao atendimento da população. Contudo, é destacado que a Visa não tem um olhar científico, ao contrário da epidemiologia.</p>
Temas
<ol style="list-style-type: none"> 1. “Acesso a serviços de saúde com qualidade”. 2. “Minimizar riscos”. 3. “Nós trabalhamos com inspeções sanitárias”. 4. “A gente observa estrutura física, condições de trabalho”. 5. “A gente se apóia muito na legislação”. 6. “A orientação técnica norteia toda a nossa ação”. 7. “Educação dos profissionais a fim de que eles tenham um ambiente adequado”. 8. “Não tem essa questão do olhar científico”.
Verbalizações
<p>“Vigilância Sanitária é um instrumento de garantir o acesso a serviços de saúde com qualidade e preservar a integridade da saúde dos indivíduos e população”. (TVS 1)</p> <p>“Conjunto ações com finalidade de prevenção e determinar ações principalmente em cima de risco. A Vigilância tem por objetivo principalmente minimizar riscos em cima de ações direcionadas de acordo com a categoria de atividade prestada”. (TVS 4)</p> <p>“Nós trabalhamos com inspeções sanitárias, onde fazemos visitas em estabelecimentos, onde nós apuramos denúncias que são chegadas até nós ou através da Ouvidoria ou até mesmo pessoalmente, quando o denunciante chega até o nosso órgão e faz a denúncia”. (TVS 2)</p> <p>“A gente trabalha com rotinas que são aleatórias. Nós visitamos o estabelecimento e nessas ações a gente observa estrutura física, condições de trabalho. Em casos de estabelecimento que envolve alimentos, a gente observa os produtos. E também em casos de denúncias”. (TVS 5)</p> <p>“Que ele funcione de acordo com a legislação, já que a gente como Vigilância a gente se apóia muito na legislação”. (TVS 1)</p> <p>“Quando a gente faz essa inspeção, a orientação técnica é que norteia toda a nossa ação. Dependendo do que a gente vê, se é um caso passivo de orientação e não uma infração grave, a gente orienta. Isso é recebido de uma forma adequada”. (TVS 1)</p> <p>“Vigilância Sanitária, pra mim, é uma parte da saúde que cuida da educação dos profissionais a fim de que eles tenham um ambiente adequado para atender a população a qual irá procurá-la”. (TVS 3)</p>

“As pessoas até se surpreendem, porque não tem essa questão do olhar científico, nós produzimos do nosso conhecimento. Só que a gente não escreve. Não tem escrito. É diferente. A epidemiologia sim, e a Vigilância Sanitária não, ela usa a epidemiologia no seu trabalho”. (TVS 4)

Categoria B – “Saúde da mulher é um conjunto”

Definição da categoria

As mulheres vivem em situação de vulnerabilidade devido a uma série de fatores. Com isso, sua saúde deve ser encarada como um conjunto, o qual deve estar em harmonia. As mulheres precisam de saúde para trabalhar, gerar renda e atender às necessidades de sua casa. Acredita-se que falta informação às mulheres: com a informação, elas saberiam melhor como se lavar e cuidar de seus filhos, por exemplo. A saúde da mulher também remete ao acesso aos serviços e, em seguida, à qualidade dos serviços, o que historicamente, nunca foi o foco. Deveria haver um atendimento mais humanizado e específico à mulher. Houve menção também a problemas em salão de beleza, que atendem principalmente a mulheres, expondo-a a várias doenças.

Temas

1. “Situação de vulnerabilidade”.
2. “Saúde da mulher é um conjunto”.
3. “Tem que estar bem pra poder trabalhar”.
4. “Através de informação, todas as mulheres poderiam ter uma saúde melhor”.
5. “A saúde da mulher nem sempre teve esse foco de qualidade”.
6. “Deveria ter essa humanização nos serviços”.
7. “As mulheres estão expostas a doenças comuns e graves dentro do salão de beleza”.

Verbalizações

“As mulheres na nossa sociedade têm uma série de fatores que as colocam nessa situação de vulnerabilidade”. (TVS 1)

“Saúde da mulher é um conjunto. É um bem estar físico, mental e social. Esse conjunto tem que estar em total harmonia”. (TVS 2)

“A maioria tem filhos, é casada e precisa estar bem pra trabalhar. A saúde da mulher me vem sempre trabalho. Tem que estar bem pra poder trabalhar, pra poder gerar renda, e ao mesmo tempo suprir as necessidades da casa”. (TVS 5)

“Através de informação, todas as mulheres poderiam ter uma saúde melhor, saber como se lavar, como ter uma higiene adequada, como se alimentar de maneira adequada, como criar seus filhos”. (TVS 3)

“Eu sempre que penso em saúde da mulher, eu penso em acesso aos serviços. E na seqüência, acesso a serviços com qualidade. Historicamente a gente sabe que a saúde da mulher nem sempre teve esse foco de qualidade”. (TVS 4)

“Mas que oferecesse um diferencial mais humanitário, que olhasse a mulher de uma forma – é um volume muito grande de pessoas a serem atendidas, e não se pode dar aquele atendimento mais específico, mais direcionado pra mulher, sendo ela gestante ou não, nas ações preventivas. Acho que deveria ter essa humanização nos serviços”. (TVS 4)

“Eu vejo que a gente até faz alguma coisa em relação ao salão de beleza. É um lugar onde é bem

freqüentado, a maioria mulher, e onde existe uma série de doenças que a mulher está exposta. Então essa ação já existe”. (TVS 5)

Categoria C – “A gente ainda não divide muito com outros setores”.

Definição da categoria

A Visa não costuma se integrar com outros setores. Até porque se torna difícil pensar nas ações de Visa de forma setorializada, como no caso de saúde da mulher, uma vez que o risco é avaliado de uma forma global. As parcerias ocorrem de acordo com o surgimento de necessidades. Entende-se que realizando inspeções, a Visa está colaborando com a saúde da mulher. Outra ação importante são as reuniões explicativas, nas quais também há participação de membros da secretaria de saúde. Como exemplos de áreas com as quais a Visa se articula, estão a saúde do trabalhador, auditoria e saúde mental. Acredita-se que esse modelo de trabalho conjunto que tem sido desenvolvido junto à auditoria e saúde mental poderia ser repensado para a saúde da mulher. Como fator que dificulta a integração com a área da mulher, foi citado o desconhecimento do que é feito nesse programa. Assim, espera-se que eles exponham o trabalho que desenvolvem para, em seguida, questionarem sobre como a Visa pode colaborar.

Temas

1. “A gente ainda não divide muito com outros setores”.
2. “A gente acaba avaliando o risco de uma forma global e não específica”.
3. “Necessidades que vão surgindo”.
4. “A partir do momento que fazemos essas inspeções nós estamos colaborando”.
5. “A Vigilância sempre tenta fazer reuniões explicativas”.
6. “Tem uma articulação um pouco maior com a saúde do trabalhador”.
7. “Trabalho conjunto com auditoria e com o serviço de assistência de saúde mental”.
8. “Seria muito interessante repensar isso pra saúde da mulher”.
9. “É com isso que a gente trabalha, o que vocês podem nos ajudar”.

Verbalizações

“Eu acho que a gente ainda não divide muito com outros setores. O nosso trabalho geralmente é com grupos mais fechados [...], a gente não tem essa cultura de integração. [...]. A dificuldade maior é a nossa cultura em cima do ‘cada um fazer pelo seu umbigo’”. (TVS 4)

“Quando setoriza por saúde da mulher especificamente, pra mim fica um pouco mais difícil de perceber a ação da Vigilância Sanitária específica da forma como a gente trabalha [...]. E na verdade a gente acaba avaliando o risco de uma forma global e não específico, para grupos. Pelo menos eu nunca parei para pensar dessa forma”. (TVS 1)

“A Vigilância Sanitária sempre busca a parceria. De acordo com as necessidades que vão surgindo, onde se finaliza por parte da secretaria municipal juntamente com outros órgãos e que necessitam da ação conjunta com a Vigilância Sanitária, nós estamos presentes com o mesmo objetivo de sempre tentar prevenir os riscos da saúde do indivíduo”. (TVS 2)

“A partir do momento que fazemos essas inspeções, nós estamos colaborando com o programa da saúde da mulher e tentando minimizar os possíveis riscos eminentes que podem levar para as mulheres”. (TVS 2)

“A Vigilância sempre tenta fazer reuniões explicativas. [...]. Por exemplo, nós estamos tendo agora um problema com a parte de *pearing* e tatuagens. Tem feito reuniões, tanto com as pessoas que são os

Líderes do setor, quanto com o resto da equipe da Vigilância e secretaria de saúde”. (TVS 3)

“No grupo que eu trabalho a gente inspeciona o ambulatório médico. Aí tem uma articulação um pouco maior com a saúde do trabalhador”. (TVS 1)

“A gente faz um trabalho conjunto com auditoria e com o serviço de assistência de saúde mental. É um trabalho bem legal, um trabalho que foi pioneiro aqui, todas as avaliações nós fizemos em conjunto. Fazemos um relatório único, então fecha bem a questão sanitária com a assistência, mais a questão da auditoria”. (TVS 4)

“A gente tem um trabalho muito bom de saúde mental e seria muito interessante repensar isso pra saúde da mulher. Nós fizemos em 92 um trabalho só com as maternidades. Nós não fizemos em um conjunto com a coordenação de sistemas, apenas sob o ponto de vista sanitário”. (TVS 4)

“Eu não sei te falar o que realmente é observado no programa saúde da mulher. Talvez se a gente tivesse uma exposição do que é feito nesse programa, a gente talvez pudesse relacionar o nosso trabalho, com o que eles fazem e daí fazer um *link*, uma ligação. [...]. É uma coisa de aproximar mesmo e dizer: é com isso que a gente trabalha, o que vocês podem nos ajudar?” (TVS 5)

5 DISCUSSÃO

A análise dos resultados apresentados deve ser feita considerando a limitação do estudo: utilização de amostra de conveniência na seleção dos municípios participantes, ou seja, não é representativa da população em geral. Contudo, por se tratar de uma pesquisa exploratória, o estudo propôs-se a tornar mais explícito o problema em questão, favorecendo a compreensão do tema.

A escolha da realidade municipal como *locus* para esse estudo de caso deve-se ao fato de a descentralização ter revelado um campo fértil de experiências municipais inovadoras (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2004). O federalismo brasileiro apresenta características especiais no quadro mundial, pois aqui os municípios possuem autonomia política, administrativa e financeira, além de apresentarem altíssimos diferenciais de tamanho, de população e de desigualdade socioeconômica (SILVA; MENDES, 2004). Com os avanços na descentralização, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS (UGÁ *et al.*, 2003).

Com relação aos dados dos sujeitos de pesquisa, emergem algumas informações de relevância à análise da pesquisa. A idade dos profissionais de Visa está coerente com os dados do Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2004c)¹, no qual 30% dos sujeitos estavam na faixa etária entre 41 e 50 anos. Os CSMs apresentaram tempo de exercício no cargo menor que os demais participantes — média de 24 meses. Se compararmos esse dado com os resultados da pesquisa “Ações de Vigilância Sanitária na atenção básica” (BRASIL, 2006c), na qual houve participação de coordenadores de atenção básica de municípios, observa-se que o período é semelhante ao desses coordenadores: a pesquisa revelou que 29% exerciam essa função por um período entre dois a cinco anos.

Em contraposição, os CSMs estão há mais tempo trabalhando com o tema. Salientamos, contudo, que três desses sujeitos são médicos ginecologistas-obstetras

¹ O Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária de 2004 mostrou que existiam 32.037 profissionais atuando em Visa, sendo 60% lotados nos municípios. Participaram da pesquisa todos os estados, o Distrito Federal e 4.814 municípios (todos que informaram possuir serviço de Visa).

que desenvolvem atividades relacionadas à saúde da mulher desde a residência médica.

Já no caso dos profissionais de Visa, verifica-se que o tempo que trabalham no setor é superior ao obtido nos resultados do Censo (BRASIL, 2004c), no qual 32% dos profissionais de Visa de municípios que são capitais estaduais atuavam na área por um período entre dois e cinco anos. Em se tratando de cargos de chefia, é importante realçar que a pesquisa desenvolvida por meio de convênio entre a ANVISA e a Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo – FESPSP (BRASIL, 2006b) demonstrou que as coordenações de Visa, tanto em Estados como em municípios¹, são cargos de confiança e sujeitos a modificações quando ocorre mudança de governantes.

Entre todos os pesquisados, observa-se que nove possuem especialização. Garibotti, Hennington e Selli (2006) observaram em sua pesquisa² que os profissionais de Visa que cursaram nível superior possuíam especialização na área da saúde por iniciativa própria e que não existia política de educação continuada por parte das gestões municipais. Costa (2005) alerta que as atividades desenvolvidas pelos profissionais de Visa requerem saberes, competências e habilidades adicionais, geralmente ausentes na formação profissional, seja em saúde ou não. Partindo para a análise da área de formação dos sujeitos, nota-se que os profissionais de Visa demonstram a multidisciplinaridade da área, o que também é identificado no Censo (BRASIL, 2004c).

¹ Participaram dessa pesquisa 27 Visas estaduais e 39 municipais (BRASIL, 2006b).

² Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como sujeitos 26 trabalhadores de Visa de 3 municípios da região metropolitana de Porto Alegre que desenvolviam ações básicas de Visa há no mínimo 2 anos (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006).

5.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

As avaliações dos entrevistados sobre a política demonstram tanto aspectos positivos (amplitude, integralidade das ações e avanços na garantia dos direitos às mulheres), como também negativos (problemas com os gestores, ausência de integração entre os níveis e falta de funcionamento prático). Tais questões nos remetem à complexidade da descentralização. A municipalização está permeada por dificuldades e conflitos, tornando imprescindível a cooperação entre as esferas de governo, principalmente diante da dificuldade de muitos municípios exercerem o autogoverno (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Quando abordados os temas constituintes dos objetivos da política, destaca-se que quatro sujeitos responderam de forma errada à questão, sendo um CSM. Ao assinalarem os itens, houve menção por parte de todos a questões tradicionalmente marcadas nas políticas de saúde da mulher, como atenção clínico-ginecológica, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. Pontos como saúde mental e mulheres em situação de prisão não entraram nas listas desses profissionais.

Para Simkin (1995), é preciso integrar a visão da mulher com outros aspectos da saúde em geral, já que há inúmeras implicações quando se trata de saúde da mulher. Entende-se que é preciso ir além de assuntos reprodutivos e discutir essa nova perspectiva no nível federal, estadual e municipal a fim de se obter coerência e aplicação prática dessas questões.

As categorias relativas às falas dos sujeitos são discutidas a seguir, organizadas de forma a serem trabalhados os objetivos do estudo. Assim, ao final, é possível refletir sobre a integralidade entre a Vigilância Sanitária de serviços de saúde e a área de saúde da mulher, com base nos dados coletados. Durante a discussão, são apresentadas verbalizações dos participantes, de forma a visualizar o contexto e a dinâmica do trabalho em secretarias municipais de saúde.

5.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As falas dos sujeitos relativas à Visa reafirmam a natureza iminentemente preventiva da área, também mencionada por Costa e Rozenfeld (2000). Outra característica bastante presente nas entrevistas está associada ao instrumento inspeção sanitária, como no caso do tema identificado nos dados dos TVSS “Nós trabalhamos com inspeções sanitárias”, no tema “Faz a inspeção” dos CSMs e no seguinte trecho:

“Claro que a prevenção é um dos temas muito importantes, mas a gente não pode esquecer que tem a ação da inspeção. Que aí vai entrar aquela coisa meio que de um procedimento que as pessoas entendem muito bem”. (RVS 5)

Além disso, como apresentado nos registros do diário de campo, o fato de não atuar em inspeções foi percebido por uma entrevistada como um possível impedimento à sua participação na pesquisa. Ressalta-se que o tema “A gente observa estrutura física, condições de trabalho” sinaliza para a avaliação voltada para a estrutura quando da atuação da Visa.

Segundo Ediná Alves Costa (2003), a intervenção da Visa requer o uso de vários instrumentos, entre os quais está a legislação sanitária, a fiscalização sanitária, o laboratório, estudos epidemiológicos, pesquisas de laboratórios, monitorização, vigilância epidemiológica, *marketing* social, informação e educação para a saúde.

Surgiu como tema nas falas a questão da legislação, como mencionado no seguinte trecho:

“Na parte da criança, têm algumas atividades, algumas normatizações com relação à venda de leite em pó, mamadeira, bico, essa coisa toda”.(CSM 3)

Para Costa (2003), a utilização da legislação como ferramenta está em consonância com o princípio da legalidade na atuação do Estado. Foi observado em

pesquisa de 2006 que 93% dos Estados e 85% dos municípios analisados abordavam em seus instrumentos normativos a área de Visa de produtos e serviços de saúde (BRASIL, 2006b). O uso de indicadores epidemiológicos apareceu na fala de dois entrevistados (um RVS e um TVS), o que pode sugerir que essa não tem sido uma prática consolidada na Visa:

“Esse controle é feito diretamente pela presença da equipe da vigilância nesses estabelecimentos. Ele pode ser feito também por indicadores epidemiológicos, por informações que chegam até a gente de ocorrências, de agravos relacionados à prestação desses serviços”. (RVS 1)

A informação e educação para a saúde desempenham papel crucial ao possibilitar a escolha e a tomada de decisões por parte da sociedade de forma consciente (MARQUES, 2007). Entre os profissionais de Visa, tais aspectos surgiram de forma relevante nas falas, o que também foi identificado no estudo de Garibotti, Hennington e Selli (2006). Já no caso dos CSMs, as entrevistas demonstram uma avaliação diferente, como apreendido no tema “A Vigilância Sanitária não orienta”.

A pesquisa desenvolvida no convênio ANVISA-FESPSP (BRASIL, 2006b) permitiu verificar que apenas 20% das Visas municipais estudadas desenvolviam ações educativas preventivas, isso pode indicar que, mesmo existindo discurso teórico fortalecendo a educação, essa ferramenta ainda não é comumente utilizada. Na visão de Gastão Campos (2001), a educação na Visa torna-se um importante meio de fazer circular informações, modificar hábitos e ampliar a capacidade das pessoas de analisar e intervir nas situações.

Ainda em relação aos instrumentos da Visa, diante de tantas possibilidades para as práticas de Visa na proteção e defesa da saúde, corroboramos com o que é defendido por Costa e Rozenfeld:

A redução das práticas de Vigilância ao próprio poder de polícia e à fiscalização tem produzido sérias distorções. A fiscalização é uma função essencial e intransferível do Estado, mas reduzir a ação de Vigilância à mesma é simplificar o longo processo histórico de construção de seu objeto e limitar seu alcance na transformação das condições de saúde. (COSTA; ROSENFELD, 2000, p. 17).

Na visão dos trabalhadores da área, a noção de risco torna-se referencial importante ao conceito de Visa:

“O risco pode ser definido de diversas formas. Dentro da nossa ação aqui nós valorizamos todo e qualquer agravo que possa ocorrer em cima do serviço prestado ao usuário ou ao trabalhador”. (TVS 4)

Geraldo Lucchese (2001) argumenta que a avaliação do risco à saúde pode ser tarefa simples quando há relação imediata entre um dano e a sua causa, mas pode ser complexa ao envolver riscos pequenos ou exposições demasiadamente longas, nas quais as relações de causa e efeito são difíceis de se apreender. Assim, essa avaliação, muitas vezes, demanda alto custo e exige pessoal, técnicas e equipamentos sofisticados, o que tem inviabilizado a realização de avaliações de risco nos países mais pobres (LUCCHESE, 2001). Isso faz com que os riscos sejam analisados de forma conservadora (errar pelo lado da segurança), quando em casos típicos, e subestimados diante das possibilidades de combinação menos usuais de circunstâncias que levam a perigos especiais, como sinergismos de exposição a múltiplas substâncias (LUCCHESE, 2001).

Já que no que tange às percepções dos CSMs, a questão do risco não foi mencionada. Destacam-se, pelo contrário, por parte de CSM, algumas concepções sobre Visa mais restritas e associadas a atuações pontuais:

“A impressão que eu tenho quando fala em Vigilância Sanitária, a impressão que dá, que é para ver se as coisas estão no lugar, se lixos, dejetos estão sendo armazenados e eliminados da forma correta”. (CSM 5)

Estudo anterior identificou a pouca participação das Visas em fóruns de discussão, como conselhos de saúde, os quais poderiam constituir-se em importantes espaços para a divulgação das ações e de seu papel na saúde pública (BRASIL, 2006b).

Outro conceito importante para a Visa e que surge nas falas é o da qualidade, como verificado no tema “Acesso a serviços de saúde com qualidade”. Para Costa (2000), esse é um dos termos que tem sido incorporado ao campo de conhecimentos da Visa e tem passado a ser mencionado nas legislações da área. Outra questão importante citada por um RVS é a proteção ao consumidor:

“A prevenção através de palestras, de informação pra população, o que ela pode fazer, qual o direito dela também como consumidora [...]”. (RVS 5)

No entanto, Costa, E. A. (2004b) entende que, mesmo com a temática de defesa do consumidor em pauta desde a década de 80, as normatizações de Visa têm origem mais em propostas oriundas do governo do que em demandas de movimentos de consumidores.

O tema “Nunca acha que a Vigilância é um parceiro” revela a angústia de profissionais de Visa por não serem compreendidos pela população em sua atuação. O PDVISA defendeu em seu texto que, equivocadamente, a Visa é entendida muitas vezes como um entrave à produção; todavia, quando o papel regulador é adequadamente conduzido, constitui-se em uma ferramenta de promoção da qualidade, a qual contribui para o desenvolvimento nacional (BRASIL, 2007a). Como forma de reverter essa percepção errônea, um TVS e um RVS demonstraram preocupação com a divulgação do trabalho da Visa, como segue no trecho:

“Poderia começar a mostrar, fazer nosso marketing, como é importante esse trabalho. Tentar trabalhar isso para que as pessoas se sintam mais valorizadas”. (TVS 4)

Outra pesquisa já ressaltava que profissionais de Visas municipais analisados referiam a veiculação das práticas de Visa na mídia somente em casos drásticos, como de interdições (BRASIL, 2006b). Isso nos remete à reflexão sobre a imperativa necessidade de ocupar espaços de comunicação para demonstrar o papel preventivo da Visa e as experiências bem-sucedidas na prática cotidiana.

A distância da Visa em relação ao seu trabalho é notada na fala dos CSMs, como apresentado no tema “Faz algumas coisas e a gente nem fica sabendo” e no seguinte trecho:

“Os serviços que estão vistoriados a gente não sabe o que acontece, se está sendo adequado ou não. A gente não fica sabendo como que é isso”. (CSM 1)

Isso traz à tona aspectos importantes de desarticulação entre as áreas, o que será mais detalhado posteriormente. Não obstante, é preciso considerar o valor das práticas de Visa em serviços de saúde e sua produção de informações. Informações essas que podem favorecer a definição de estratégias nas secretarias de saúde, caso possa-se agrupar dados e análises da Visa com discussões nas áreas temáticas, como a saúde da mulher. É oportuno realçar que a pesquisa desenvolvida no convênio ANVISA-FESPSP (BRASIL, 2006b) evidenciou que apenas 42,5% das Visas municipais estudadas possuíam sítio na internet e que cinco não emitiam relatórios das inspeções realizadas.

O tema evidenciado na fala dos TVSS “Não tem essa questão do olhar científico” nos remete a uma análise do conhecimento em Visa. Moacyr Sciliar (2005) ressalta que a ação policlesca, gradualmente, tem dado lugar ao bom senso e ao fundamento científico. Atividades desempenhadas pelos trabalhadores de Visa necessitam de saberes que, muitas vezes, se encontram ausentes nos processos originais de formação profissional (COSTA, 2005). É importante a articulação da Visa com Universidades, de forma a produzir cada vez mais evidências sobre a importância da prevenção em saúde (COSTA, 2005).

Um ponto que precisa ser abordado é o relato, por parte de dois CSMs, mostrando que a Visa assume posições diferenciadas quando lida com um serviço público, em relação a um privado:

“A impressão que eu tenho é que a Vigilância Sanitária faz vista grossa para o serviço público, porque tem uma série de irregularidades que eles acabam detectando e no serviço privado talvez seja mais rigorosa nessa questão”. (CSM 1)

Apesar de a ANVISA possuir autonomia administrativa, o mesmo não ocorre com as Visas de Estados e municípios, as quais acabam recebendo reduzido poder administrativo (GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006). Conseqüentemente, essas autoras entendem que quando na atuação sobre outros órgãos públicos — ou mesmo integrantes da própria secretaria — a Visa fica vulnerável a pressões político-administrativas. Foi mencionado, em pesquisa do convênio ANVISA-FESPSP, por parte de profissionais de Visas municipais, o reconhecimento de que ocorrem essas diferenças na abordagem de estabelecimentos públicos e de privados, porém entende-se que isso não é passível de modificação, diante dos problemas no sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

A única categoria específica emergente das falas foi a que se refere à estrutura da Vigilância Sanitária, por parte do RVS. Em estudo anterior, também foi citado por Visas municipais (67%), a precariedade da infra-estrutura dos serviços (BRASIL, 2006b). Brito (2007) concluiu em sua dissertação que apenas com o aumento de recursos, associado ao gerenciamento do sistema (melhoria da capacidade operacional, modernização tecnológica, capacitação de recursos e investimentos em infra-estrutura) poderá se implementar efetivamente as ações de Visa em todos os Estados e municípios.

5.3 SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher deve ser abordada de forma integral, como defendido nos temas dos entrevistados. O conceito de atenção integral à saúde da mulher propõe-se a romper com a visão tradicional sobre a mulher, em especial no campo da medicina (OSIS, 1994). Avanços nessa perspectiva incluem desde a compreensão de que a mulher não é composta por órgãos separados, até o reconhecimento de que suas emoções são significativas no processo de saúde e doença (OSIS, 1994). Essa visão integral da saúde da mulher, iniciada por profissionais da Unicamp a partir de 1966, corroborava com a mudança do papel feminino em pauta na época: mulheres travando batalhas para serem vistas como cidadãs e não apenas como parideiras (OSIS, 1994).

O tema “começou a se pensar na mulher” “com uma visão integral” reitera a relevância histórica do PAISM nessa discussão e a busca pela ruptura com o enfoque meramente biomédico. Preocupações relativas ao contexto de vida das mulheres também apareceram nos resultados, como se segue nas falas:

“A gente pensa principalmente na parte mental, social, pensa na parte física, seria a mulher no contexto, na sociedade, a sua função, seu papel diante da sociedade”. (TVS 3)

“Acesso à renda, escolaridade, até o acesso aos serviços de saúde, já que ela acaba tendo uma participação muito intensa na atividade doméstica, no cuidado da família, ela normalmente tem dificuldade de buscar o emprego, escolaridade: são fatores que acabam deixando com que ela seja mais vulnerável às ações do meio, às doenças e à violência”. (TVS 1)

As Políticas públicas devem considerar essas questões e estabelecer medidas que busquem a proteção de populações consideradas vulneráveis¹, como as mulheres,

¹ O conceito de vulnerabilidade é entendido como a resultante de um conjunto de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, vontade política), sociais (questões econômicas e sociais) e culturais (submissão

as quais se encontram nessa situação mais por uma questão de discriminação do que por razões biológicas (BRASIL, 2004a).

Tal procura é visível nesse texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher, que demonstra compromisso com o empoderamento¹ das usuárias do SUS e amplia as ações para grupos historicamente excluídos das políticas públicas, como na atenção à saúde da mulher negra, às trabalhadoras do campo e da cidade e às que se encontram em situação de prisão (BRASIL, 2004a).

Além disso, o discurso dos entrevistados ressaltou as etapas de vida da mulher. O envelhecimento da população, nítido em nosso país desde a década de 70, tem levado ao aumento real no número de mulheres idosas, demandando preparo e conhecimento dos profissionais de saúde para lidarem com essa nova dinâmica. Outro aspecto preocupante é que, no ano de 2004, mais de 26 mil crianças nasceram filhas de mães que possuíam entre 10 e 14 anos (BRASIL, 2007j). Esses são apenas exemplos de situações e desafios que evidenciam que a mulher não necessita de políticas de saúde apenas para sua fase adulta.

Mesmo diante de compreensões abrangentes sobre a saúde da mulher e que se mostraram coerentes com o debate político atual, permanecem nas falas, principalmente dos profissionais de Visa, defesas à integralidade que continham, ao mesmo tempo, visões reducionistas, como da mulher-reprodutora:

“E isso me lembra exames preventivos, maternidade, pré-parto, uma série de situações que envolvem a mulher, menopausa, um atendimento integral à saúde da mulher”. (RVS 4)

Outro ponto importante é que, em entrevistas com dois TVSS e um RVS, a menção ao assunto ocorria utilizando-se o termo “programa de saúde da mulher”. Houve também referência aos programas existentes na área por parte de CSM, no entanto não houve a substituição da saúde da mulher pelo termo. Isso lembra a

a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis que determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde (GUILHEM, 2005).

¹ O empoderamento é entendido como expansão da liberdade de escolha e de atuação, com aumento da capacidade de agir dos sujeitos sobre os recursos e decisões que afetam suas vidas (LÉON, 2000).

conjuntura política mais antiga, porém que insiste em conservar-se no ideário dos profissionais. Destacam-se nos resultados as menções relativas à mulher no trabalho, como verificado no tema “tem que estar bem para poder trabalhar” e nas seguintes falas:

“[...] as condições de trabalho da mulher que ainda em matéria de competitividade não está igual ao homem na questão salarial”. (TVS 2)

“É interessante como as mulheres em cargo de chefia têm que se impor muito mais para conseguirem ter um resultado. As pessoas ainda não estão acostumadas com essa questão. Acho que tudo isso está voltado pra saúde da mulher. Não é só a questão fisiológica, mas tudo isso envolvido”. (RVS 5)

A crescente participação das mulheres no mercado feminino é um fenômeno associado à urbanização (BRASIL, 2004b) e que está causando mudanças nos processos de saúde e doença para essa população, considerando a complexidade da problemática:

Apesar de crescente, a participação feminina no mercado de trabalho tem sido marcada por uma série de adversidades que se somam às decorrentes da difícil situação socioeconômica que o país tem atravessado nas últimas décadas. Para as mulheres, as dificuldades colocam-se desde sua forma de inserção no mercado, que passa por baixos salários, ocupação de postos precários e discriminação na contratação e ascensão profissional, até a necessidade de conciliar trabalho e cuidados com filhos e casa, responsabilidades que lhes são tradicionalmente atribuídas. (SANCHES; GEBRIM, 2003, p. 99-100).

Torna-se apropriado refletirmos que 11 dos 15 sujeitos são mulheres, sendo 6 dessas ocupantes de cargos de chefia, o que pode ter influenciado nas respostas que trouxeram esse assunto. Isso levanta mais uma questão à dinâmica em estudo: estariam essas mulheres se reportando a situações vivenciadas por elas mesmas? É emergente a necessidade de se pesquisar mais a saúde da mulher trabalhadora, a fim de se propiciar a explicitação de problemas ainda pouco evidenciados.

É interessante analisarmos também os temas relativos aos problemas de saúde da mulher que apareceram nos resultados dos profissionais de Visa, como situações irregulares encontradas em clínicas de estética; aspectos nutricionais e de atividade física; questões culturais, como o uso de chás; e exposições a doenças em salões de beleza. Os serviços de interesse à saúde, nos quais se enquadrariam clínicas de estética e os salões de beleza, configuram-se em um amplo campo de atuação da Visa, em especial nos municípios. Possivelmente, devido à proximidade com esse objeto, esses trabalhadores se remeteram a tal aspecto.

No entanto, cabe outra reflexão: esses temas, tão fortemente trazidos pela Visa, não são prioridades nas políticas e não estão em divulgações epidemiológicas voltadas à saúde da mulher (BRASIL, 2007j). Ao passo que demais assuntos, como mortalidade materna e as doenças sexualmente transmissíveis, tão tradicionais nos documentos oficiais e na literatura, não tiveram a mesma relevância nas falas desses entrevistados.

Levantam-se mais interrogações do que conclusões com essa evidência: faltam aos profissionais de Visa conhecimentos relativos aos problemas de saúde da mulher? Os temas trazidos nas políticas estão coerentes com as realidades locais? Seriam os serviços de interesse à saúde importantes responsáveis por adoecimento de mulheres? Obstante essas hipóteses, que não se esgotam nos exemplos mencionados, é nítida a seguinte dissociação: discurso dos trabalhadores de Visa numa perspectiva; e, em outra, a política, publicações nacionais de dados epidemiológicos e percepções de CSM.

O discurso dos sujeitos no que tange à qualidade dos serviços esteve vinculado à análise da saúde da mulher. A necessidade de se trabalhar essa questão surgiu como tema na fala dos TVSSs, o que se mostrou em consonância com a política vigente. O fornecimento de respostas às demandas das mulheres apareceu nas falas dos CSMs. Segundo Hernández-Tezoquipa, Arenas-Monreal e Valdez-Santiago (2005), mulheres que não encontram as respostas esperadas em serviços de saúde acabam desenvolvendo resistência a esses estabelecimentos, trazendo como conseqüências a realização do autodiagnóstico e da automedicação.

Para Pinheiro, a demanda — entendida como procura, por parte do indivíduo, de serviços de saúde, com obtenção de acesso e de benefício com o atendimento — possui múltiplos fatores condicionantes (PINHEIRO; LUZ, 2007; PINHEIRO, 2006). Entende-se, assim, como defendido por Silva, Pinheiro e Machado (2003), que demanda e oferta são construções sociais, podendo incluir tanto a objetividade como a subjetividade de seus atores.

Surge, nas categorias de CSMs e de TVSSs, a temática da humanização da assistência. Outro tema relacionado é o “tem a *coisificação* do ser humano”, que retrata a indiferença diante do outro no processo de atenção à saúde. Isso provoca a enganosa sensação de proteção com relação ao sofrimento, por parte de profissionais, ao mesmo tempo em que entorpece a sensibilidade e enfraquece laços coletivos (BRASIL, 2006d).

Menções relativas à informação para as mulheres emergiram como temas nas falas de CSMs e TVSSs, o que também está descrito como importante elemento para o alcance da qualidade e da humanização da assistência na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a). Como consta em “a escolha informada”, o acesso ao conhecimento permite uma tomada de decisão mais consciente, o que está em concordância com o princípio da autonomia, descrito no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres:

Deve ser assegurado às mulheres o poder de decisão sobre suas vidas e corpos, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e país, e de romper com o legado histórico, com os ciclos e espaços de dependência, exploração e subordinação que constroem suas vidas no plano pessoal, econômico, político e social. (BRASIL, 2004b, p. 32).

É oportuno afirmarmos que esse processo de informar, portanto, não pode se valer de uma lógica paternalista nem ser instrumento de controle da instituição da família — no tema dos TVSSs surgiu a questão da criação dos filhos. Por essa razão, é preciso cautela para que a informação seja abordada como ferramenta de empoderamento, e não de domínio.

Como exemplo de assistência de qualidade, foi citada a atenção à vítima de violência. O problema da violência é um significativo tópico de saúde das mulheres,

com repercussões físicas, psicológicas e reprodutivas. Estudos brasileiros têm indicado a elevada prevalência de violência contra as mulheres brasileiras e demonstram que é necessário investigar esses casos, em especial os que não são graves, pois somente em situações graves as mulheres procuram serviços especializados (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Segundo os dados dos CSMs, esse é um modelo de atenção que demanda e explicita a relevância de uma assistência integral:

“Ela vive num contexto de gravidade tão grande... Ela não é olhada só como uma mulher que tem a vagina lacerada, ela é olhada como uma pessoa que sofreu violência, mas que tem inúmeros fatores ao seu redor que talvez tenham propiciado essa violência e que talvez aquilo vai ficar crônico também se você não atuar”. (CSM 5)

Aspectos de estrutura dos serviços, seguindo a lógica donabediana, estiveram presentes nos resultados. Falas abordando recursos humanos estiveram nos resultados de CSM e de RSV, que destacaram a qualificação desses trabalhadores. Houve referência também ao tema “assistência médica, psicológica e social” por parte de RVS, demonstrando também que a atenção deve ser interdisciplinar e contemplar vários aspectos da mulher. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ressalta que deve haver capacitação técnica dos profissionais de saúde e demais funcionários do serviço para o uso de tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas (BRASIL, 2004a).

O tema dos RVSs “condições físicas, áreas adequadas” traz aspectos estruturais dos serviços como referenciais para a qualidade. Houve também menções dos TVSS relativas a esse assunto:

“Seria um ambiente climatizado, um ambiente limpo, higienizado, onde você tem a possibilidade de usar os vasos sanitários, beber água, tudo com higiene e um ambiente que você sente que estão sendo observados os detalhes de higiene, iluminação, climatização, principalmente na nossa região que é muito calor”. (TVS 5)

“A limpeza do consultório, os instrumentos que irão ser utilizados para atender aquele paciente, tal como pra mulher. Que o espéculo seja descartável... São as condições ambientais do estabelecimento de saúde”. (TVS 3)

Esses dados demonstram, principalmente para os RVSSs, maior preocupação com aspectos de estrutura dos serviços. Já na visão dos TVSSs, processos de atenção à saúde são relevantes, como informação e humanização. No entanto, é perceptível que todos os grupos de entrevistados se reportam pouco aos resultados da assistência, como melhoria na qualidade de vida e impacto em indicadores.

Da mesma forma que identificado no manuscrito elaborado a partir do estudo piloto (Anexo A), os dados sinalizam para a importância de se trabalhar a avaliação por resultados. Tendo em vista a crescente incorporação de tecnologias na saúde, levantam-se as seguintes questões: a avaliação da qualidade que considera apenas estrutura e processos conseguirá identificar os reais benefícios trazidos pelo acréscimo de novas tecnologias? Será possível avaliar o risco/benefício dos serviços sem conhecer efetivamente seu impacto na saúde da população?

Assim, como argumentado por Lansky, França e Leal (2002) para a atenção perinatal, percebe-se que a avaliação de qualidade nos serviços que atendem à mulher deve incluir indicadores de resultado, estrutura e processo, a fim de se obter uma análise das necessidades e de se planejar as prioridades e intervenções necessárias no setor.

5.4 INTEGRAÇÃO ENTRE A VISA E A SAÚDE DA MULHER

Os temas dos CSMs iniciam demonstrando o valor da articulação com outras áreas para o desenvolvimento de suas práticas, o que pode ser verificado no seguinte trecho:

“Como que você vai separar a saúde da mulher da saúde da indígena? Como que vai separar do departamento de DST/AIDS? Como que vai separar da saúde da criança?”. (CSM 5)

Mesmo com a organização da secretaria de saúde voltada a grupos populacionais e a patologias específicas, a interação é fundamental. No caso dos RVSSs, o trabalho conjunto é compreendido como uma forma de promover qualidade no atendimento ao cidadão. Esses resultados trazem um grande desafio à gestão, visto que a vitalidade do processo depende do entendimento de que a intervenção está mais relacionada à construção de relações do que à estrita normalização do trabalho (GUIZARD *et al.*, 2006).

Apesar do reconhecimento de que a articulação é imprescindível, entende-se, por parte de CSM, que não é fácil de ser aplicada, considerando demandas e questões de poder. Pinheiro (2006) afirma que as instituições de saúde representam espaços de luta, de exercícios de poderes, nos quais os atores sociais constroem suas percepções. Dessa forma, a idéia da colaboração se torna um desafio diante dos graus variados de condições de domínio desses sujeitos (PAULA *et al.*, 2004).

Outro tema, também de CSM, remete ao modelo que os gestores propagam. Ferla, Ceccim e Pelegrini (2007) entendem que a marca centralizadora ainda tem hegemonia na configuração das práticas de gestão de saúde, repercutidas em organizações com pouco espaço ao diálogo. Outro fator que também dificulta as relações para esse grupo de entrevistados é a separação física:

“Mas você fala de Vigilância Sanitária que fica lá.... Primeiro que não lembra, depois quando lembra é uma distância assim... Quando você está aqui, você fala: ‘ah, preciso falar com fulano’. Aí você corre, vai lá e fala. Então é bem mais ágil. Vigilância Sanitária... Aí marca uma reunião e até que todo mundo consegue... Isso também dificulta um pouco”. (CSM 3)

Franco (2006) argumenta que há trabalhadores de saúde que ao desejarem desenvolvem fluxos de conexões com outros serviços, mesmo diante de um modelo que tenta enquadrá-los em certa conduta para o trabalho. Por meio de pequenas escolhas de pessoas, como a busca por parcerias, é que a instituição mostra-se viva (GUIZARD *et al.*, 2006). Apostar em processos desse tipo significa se submeter às tensões tão necessárias dos encontros em espaços públicos, na busca de novos sentidos para si e para seu trabalho (MERHY, 2006).

São descritas, por profissionais de Visa, diversas instituições com as quais possuem relação, destacando-se a vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e auditoria. É abordado por TVSS que a integração não faz parte da cultura do trabalho em Visa, problemática essa abordada no PDVISA, em seu eixo III, ao trazer como diretriz “a articulação permanente das ações de Vigilância Sanitária e os demais serviços e ações de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS, garantindo a transversalidade nos diversos níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2007a).

É interessante observar que enquanto nos temas de CSMs aparece a discussão sobre a integração dentro da secretaria, nos dados dos RVSs surge o tema “secretaria para um lado e Vigilância para o outro”, exemplificado na seguinte frase:

“E em relação a própria secretaria também. A gente ainda está muito afastado. Quando eu cheguei já estava assim, é um desafio essa aproximação”. (RVS 5)

Essa ocorrência evidencia a necessidade de se fortalecer as parcerias da Visa nas secretarias e encará-la como um componente indissociável do SUS (BRASIL, 2007a).

Emerge, de forma relevante nas entrevistas com profissionais de Visa, que as interações ocorrem mais por demandas pontuais do que devido a uma sistematização das relações. O mesmo apareceu como tema na fala dos CSMs, ao trazerem a importância de se trabalhar junto com a Visa em questões de prevenção. Esse resultado é coerente com o que foi verificado na pesquisa “Ações de Vigilância Sanitária na atenção básica”, que identificou que 87,1% dos coordenadores do Programa de Saúde da Família entrevistados mencionaram que ocorriam articulações com a Visa por meio do envio de demandas (BRASIL, 2006c). Também em outro estudo surgiu como resultado o fato de que relações da Visa com outras áreas da vigilância (zoonoses e epidemiologia) só ocorriam em casos de surtos ou eventos extraordinários (BRASIL, 2006b). Paula, Palha e Protti (2004) alertam para essa fragmentação na saúde, representada por relações que se dão apenas por interações pontuais, sem propiciar a troca de saberes.

Os RVSs demonstraram preocupação com a distância existente entre a Visa e a assistência à saúde. Fato semelhante foi citado por Passos (2003) para o caso da vigilância epidemiológica: há pouca interação com os programas assistenciais, ressaltando a necessidade de avaliações sobre essas relações em níveis locais.

Nos três grupos profissionais, as falas remetem a pouca ou nenhuma articulação entre a Visa e a saúde da mulher, seja devido ao entendimento de que uma não depende da outra, seja porque nunca se pensou nessa possibilidade de um trabalho conjunto ou porque não houve apresentação de uma área à outra.

Outro ponto a ser observado é que nos temas dos RVSs apareceu o entendimento de que não houve relação, possivelmente pelo fato de não ter havido problemas na coordenação de saúde da mulher, pois, caso houvesse, teriam chamado a Visa. Utilizando-se do Método Paidéia¹ para fornecer sugestões ao campo da Visa, Gastão Campos (2001) defende que para o estabelecimento de vínculos, a Visa deve começar com uma oferta, com um convite à associação, demonstrando suas diretrizes, valores e compromissos. A espera por uma “consulta” ao seu setor é um

¹ O Método Paidéia (ou da Roda) é um método que “ajuda a articular a produção de bens e serviços com a produção de Instituições, Organizações e dos próprios Sujeitos envolvidos com o processo.” (CAMPOS, 2007, p. 185).

posicionamento que emperra a construção de redes e favorece o isolamento dos distintos saberes.

Surgiu como tema, por parte de TVSSs, a percepção de que a realização de inspeções sanitárias seja uma forma de colaboração com a saúde da mulher. Essa menção reflete o modelo comumente adotado em saúde: produção de atos (MACHADO *et al.*, 2007) que, realizados isoladamente, são ineficazes na resolução de problemas de saúde.

Outro aspecto importante na falas das entrevistas dos técnicos trata-se do tema “a gente acaba avaliando o risco de forma global e não específica”, o que é reforçado com o trecho a seguir:

“Nós temos no nosso roteiro de inspeção, que é uma resolução estadual, questões pontuadas, não de forma específica pra saúde da mulher, que é como te falei, de estar repensando isso de forma geral para toda e qualquer pessoa internada”. (TVS 4)

Seguindo esse raciocínio, o PDVISA ressalta a necessidade de que a Visa se articule com ações e programas do SUS destinados a grupos vulneráveis (BRASIL, 2007a). Isso traz à tona a reflexão sobre quem é o verdadeiro usuário dos serviços prestados pela Visa. Gastão Campos (2001) critica a postura comumente adotada de “fechar os olhos” para aqueles que deveriam ser nosso foco:

No entanto, a Vigilância Sanitária, a Saúde Pública e a Medicina costumam esquecer-se de que atuam sobre pessoas, valorizando mais as doenças e o ambiente. Estudam as epidemias como se não houvesse sujeitos envolvidos. Intervêm sobre situações de risco como se não mexessem com a vida das pessoas. (CAMPOS, 2001, p. 2).

O tema dos TVSSs “a Vigilância sempre tenta fazer reuniões explicativas” traz uma questão que, apesar de se relacionar à importância do mútuo conhecimento para a estruturação de vínculos, levanta a necessidade de cautela nessas relações, a fim de que elas não se tornem unilaterais. Para que os programas de intervenção na saúde individual e coletiva tenham sucesso, os profissionais devem estar culturalmente

sensíveis, contando com informações e participação de todos os recursos humanos e instituições disponíveis (MEIRELLES; ERDMANN, 2006), o que vai além de repassar conhecimentos de seu campo de atuação. A diversificação é um componente indissociável da integralidade, o qual demanda a construção de uma convergência a partir dessa pluralidade e da autonomia dos setores (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 79).

A idéia de redes é pressuposto à efetivação do princípio da integralidade (FRANCO, 2006), pensamento demonstrado no tema dos CSMs “precisa todo um trabalho em rede”. Seguindo essa lógica, experiências exitosas em que ocorreu a integração com outras áreas foram lembradas por profissionais de Visa, como no caso de estratégias desenvolvidas juntamente com a saúde mental:

“Primeiro tivemos que definir o que cabia a quem dentro do roteiro de avaliação. O que nós da Vigilância estaríamos nos responsabilizando, quais itens, o que a auditoria estaria se responsabilizando e a saúde mental [...]. É muito rico. De uma forma que não poderíamos fazer isso se não houvesse em conjunto. Um exemplo pra te dar bem prático disso: quando nós fazíamos separados, tinham serviços que eram licenciados e que eram considerados horríveis pela assistência. Um dia eu falei: mas como que esse serviço pra nós é excelência e vocês colocam que está ruim? Então, o documento licença sanitária tem algum problema aí. Ao contrário, também tinha serviço que pra nós era péssimo e pra eles era top de linha de qualidade em assistência à saúde mental. [...]. Então a gente tem uma visão do todo que antes a gente não tinha e eles também”. (TVS 4)

Como defendido por Paula, Palha e Protti (2004), é preciso ter entendimento quanto à distribuição de tarefas entre os membros de uma rede, com respeito às competências técnicas e dispor de momentos para discussão das atividades a serem implementadas, além do reconhecimento das diferenças, possibilitando a identificação de elementos comuns.

Esse exemplo de trabalho, segundo a entrevistada, deu-se devido à demanda de um trabalho conjunto que constava no instrumento do Programa Nacional de

Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) – Versão Psiquiatria, o qual instituiu a avaliação com equipes constituídas por membros da VISA, saúde mental e do controle e avaliação das secretarias de saúde (BRASIL, 2003c). O PNASH foi criado em 1998, pelo Ministério da Saúde, e aplicado nos anos de 2001 e 2002 em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS (BRASIL, 2007g).

Esse programa foi reformulado e, a partir de 2004, passou a denominar-se Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), com o objetivo de tornar-se mais amplo (BRASIL, 2007g). No caso da versão psiquiatria, permanece em vigor o estabelecido pelo PNASH. Como segue no trecho abaixo, esse modelo possibilitou um redesenho nas práticas:

“Quando tem uma avaliação do PNASH, temos dentro do roteiro de avaliação etapas a serem verificadas tanto por nós, como pela auditoria, como pela equipe de saúde mental, o mesmo roteiro. [...] Como deu muito certo, nem tentamos fazer diferente. [...] Esse documento veio trazendo questões que fugiam da nossa capacidade, levou a refletir na necessidade de trabalhar em conjunto”. (TVS 4)

Ratifica-se, assim, o valor de tecnologias de gestão que promovam condições democráticas de inter-relação dos diferentes conhecimentos para a construção de estratégias ricas e eficazes ao enfrentamento dos problemas prioritários de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006). Experiências desse estilo estimulam e instigam os profissionais a repensarem seu cotidiano, o que foi expresso nos resultados dos TVSS.

Existem propostas na literatura que abordam a integralidade e propõem alternativas ao trabalho coordenado, como o Método Paidéia, já mencionado. Destacamos outros dois modelos que podem contribuir na construção de um novo modelo de trabalho pautado na integralidade:

- Sistemas integrados de serviços de saúde: organizados a partir de uma rede integrada de atenção à saúde, organizada pela atenção primária, com atenção contínua a uma população, e que se responsabiliza pelos resultados relativos a essa população (SILVA; MENDES, 2004).

- Vigilância da saúde: modelo assistencial que aponta na direção da superação da dicotomia entre as práticas entendidas como coletivas e as individuais, com a incorporação de contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A apresentação dessas propostas não visa a aprofundar a aplicação dos modelos à problemática em questão — inclusive porque se tratam de exemplos para ilustrar o panorama científico que aborda a articulação entre áreas. Contudo, pretende-se reforçar que há soluções em debate, as quais devem ser conhecidas por gestores comprometidos com a implantação dos princípios do SUS.

6 CONCLUSÃO

Os benefícios provenientes da escuta dos profissionais foram relevantes nesse estudo e estabeleceram a aproximação necessária para a revelação do seu cotidiano no trabalho e as relações estabelecidas. A pergunta que norteou esse estudo: **Se e como ocorre a integralidade, na perspectiva da integração das ações, entre a Vigilância Sanitária de serviços de saúde e a área de saúde da mulher nas secretarias de saúde municipais?** se mostrou relevante e, após o alcance dos objetivos propostos, podemos responder que, nas situações existentes (pois não são todas), a integralidade entre as áreas mostra-se falha, com relações pautadas por situações emergenciais e desconhecimento de um campo sobre o outro.

A concepção integral sobre saúde da mulher está no discurso dos sujeitos, contudo mostra-se distante ao serem abordados aspectos práticos. A pouca democratização na formulação da política, apontada pelos entrevistados, dificulta a construção coletiva e emprego das diretrizes na produção de trabalho em saúde. Para que os serviços sejam de qualidade, fatores relacionados à estrutura e a processos de trabalho mostram-se mais próximos do cotidiano avaliativo dos sujeitos.

É nessa conjuntura que se percebe que a Visa traz uma abordagem distinta da discussão em vigor sobre saúde da mulher, ao levantar problemas que não estão sintonizados com as prioridades nacionais. Da mesma forma, os CSMs evidenciam a pouca familiaridade com os objetos da Visa e demandaram mais transparência e justiça nas abordagens com serviços públicos e privados.

Nas falas sobre Visa, emerge claramente a relevância da inspeção sanitária para os profissionais, o que acaba por sobrepor-se e até mesmo ocultar outros instrumentos dos quais poderia se lançar mão. Sentimentos de angústia frente à hostilidade da população quanto às suas ações e pouca produção de conhecimentos por parte da Visa se revelam no discurso dos trabalhadores desse campo. As dificuldades enfrentadas no processo de municipalização também foram exploradas em entrevista e trouxeram o problema de se trabalhar integralidade em serviços que ainda não conseguiram a estruturação necessária.

O reconhecimento do valor da integração está presente nas falas, em especial com CSMs, os quais também abordam os entraves na gestão para a concretização da integralidade. Um fator que se mostrou relevante e que atravança a efetivação de vínculos é a distância física, comum entre a saúde da mulher e a Visa.

As relações estabelecidas entre essas áreas são devido a circunstâncias especiais, e não por uma sistematização da construção coletiva. Isso é notório no discurso dos profissionais de Visa, ao analisarem que não há vínculo com a saúde da mulher possivelmente por não terem ocorrido problemas graves nesse campo. Além disso, o fato de realizarem inspeções sanitárias e palestras a outros setores da secretaria de saúde é compreendido como gerador de integração pela Visa.

Esses aspectos trazidos pelo estudo constituem-se em importantes informações ao entendimento dos obstáculos à efetivação da integralidade. Para que isso se concretize, é importante escutar quem vivencia as negociações políticas e enfrenta as barreiras próprias das organizações de saúde.

É preciso inserir a Visa nas mesas de debate, incorporar e trocar conhecimentos a fim de potencializar as ações nas secretarias de saúde. Essa tarefa não é das mais simples, mas somente com o compartilhamento de metas comuns e a reinvenção do trabalho poderemos aplicar a integralidade na realidade do cotidiano. E isso deve estar refletido nas três esferas de governo. Replicar experiências bem sucedidas, construir e difundir o conhecimento sobre a gestão em redes é tarefa fundamental para que não nos percamos no discurso da integralidade. O exemplo do PNASH revela uma possibilidade de ferramenta gerencial que pode ser transposta a outras idéias, instigando os profissionais a estabelecerem parcerias.

A idéia de redes mostra-se apropriada frente ao desafio posto: articular as ações em saúde. Amadurecer esse modelo e incorporá-lo às organizações de saúde é um projeto pertinente ao debate sobre a reestruturação do SUS, mais urgentemente para a Visa que, como verificado nesse estudo, encontra-se a parte de debates nos quais poderia colaborar. É necessário sair de uma lógica de que “fazendo a minha parte estou colaborando” para uma compreensão de que o mais importante é o resultado do todo — essa ampliação do foco exige disponibilidade e reconhecimento de que isoladamente somos menos resolutivos.

Além disso, há duas questões fundamentais para o trabalho da Visa. É preciso fortalecer seu conhecimento, divulgando, publicando e formando profissionais que apliquem o conhecimento científico no processo de trabalho, principalmente para se propiciar avaliações abrangentes e que considerem os resultados da prestação de serviços. De forma a tornar eficaz seu processo de trabalho e realizar o compromisso de proteger e promover a saúde da população, a Visa precisa inserir a sociedade em sua construção diária. Concordamos com Campos (2001, p. 8) ao questionar: “Sem o envolvimento da sociedade, quantos fiscais seriam necessários para vigiar todos os estabelecimentos produtores de bens ou serviços?”

Os participantes de uma rede precisam ser sujeitos na sua construção, com um papel muito ativo e devem estar convencidos da importância da rede, pois trabalhar em uma é dispendioso, demanda tempo, energia e conhecimento sobre esse processo, como argumentado por Feuerwerker e Sousa (2000).

Fleury e Ouverney (2007) afirmam que as redes podem ser “mediadas”, ou seja, “impostas” verticalmente por uma autoridade ou articulada por um órgão definido a esse fim; ou então “não mediadas” ou voluntárias, com a coordenação iniciada pela participação das organizações em igual posição. Ambas as estratégias são válidas e devem ser exploradas. Porém, necessita-se de cautela para que a rotina não se sobreponha a uma proposta integradora. Não se pode esperar a demanda por vínculos, mas sim criá-los, organizá-los e acreditar em seu potencial. Campos (2000) defende que não há sujeitos imunes às instituições — com seus valores e formas de organização; no entanto, há sempre formas de “fuga relativa” da ordenação. É importante, portanto, insistir.

A partir dos resultados alcançados, revelam-se novas possibilidades de estudo, como outras problematizações de articulações possíveis e análise da situação do princípio da integralidade nas esferas federal e estadual. Somente desvelando-se as práticas é possível tornar real o princípio da integralidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 159-168.

ACURCIO, F. A. Evolução histórica das políticas de saúde do Brasil. In: MARCOLINO, H.; BLUMM, M. H. N. (Org.). **Projeto MultiplicaSUS**: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 23-40.

AZEVEDO, A. F. **Gestação e HIV/AIDS**: uma discussão bioética sobre vulnerabilidade conjugal e desigualdade de gênero. 144 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

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

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 10/11/2007.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 10/11/2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 10/11/2007.

_____. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jan. de 1999. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 10/11/2007.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da XI conferência nacional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Área técnica de saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Roteiro para avaliação de hospitais psiquiátricos - PNASH/psiquiatria**. 2003c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/pnashpsi/Roteiro%20da%20saude%20mental-%20REVISADO%202003.pdf>>. Acesso em: 10/11/2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Censo nacional dos trabalhadores da vigilância sanitária**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004c. 1 fôlder.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde 2006 – volume 1).

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pesquisa diagnóstico sobre tecnologias em vigilância sanitária**. 2006b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pesquisa_diagnostico/Volume1_Resultados.pdf>. Acesso em: 17/09/2007. Relatório Final Volume 1 – Resultados.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ações de vigilância sanitária na atenção básica** – Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **PDVISA** – Plano Diretor de Vigilância Sanitária: eixos e diretrizes. Brasília: Anvisa, 2007a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Tecnologia da organização dos serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>>. Acesso em: 10/10/2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24703&janela=1>. Acesso em: 06/10/2007c.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_PHPN.htm>. Acesso em: 19/11/2007d.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema nacional de vigilância sanitária**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/index.htm>>. Acesso em: 09/09/2007e.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Avaliação em serviços de saúde** – antecedentes. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/antecedentes.htm>>. Acesso em: 09/09/2007f.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **PNASS – programa nacional de avaliação de serviços de saúde**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Anvisa, 2007g.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa de prevenção e controle de riscos em serviços de atenção materna e neonatal**. Brasília: Anvisa, 2007h. 1 fôlder.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrutivo para o preenchimento da programação das ações prioritárias de vigilância em saúde (PAP-VS) – 2007**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/Institucional/pdvisa/instrutivo_PAP.pdf>. Acesso em: 10/11/2007i.

_____. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS nº. 2** - temático saúde da mulher. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007j.

BRITO, R. L. de. **Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil**: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BUENO, E. **À sua saúde**: a vigilância sanitária na história do Brasil. Brasília: ANVISA, 2005.

BUSS, P. M. Prefácio. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-13.

CAMPOS, G. W. S. Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conferência nacional de vigilância sanitária** – caderno de textos. 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_texto01.pdf>. Acesso em: 17/09/2007.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 115-128.

COHEN, M. M.; MOURA, M. L. O.; TOMAZELLI, J. G. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 290-301, 2004.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.

CORRÊA, S. O.; PIOLA, S. F. **Aspectos estratégicos, programáticos e financeiros – balanço 1998-2002**. Brasília: ATSM/MS, 2003.

COSTA E SILVA, V. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória – ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

COSTA, A. M. **Atenção integral à saúde da mulher: *quo vadis?*** Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. 195f. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-40.

COSTA, E. A. Conceitos e área de abrangência. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-48.

_____. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 357-387.

_____. Conformação histórica da vigilância sanitária no Brasil: serviços e normas de proteção e defesa da saúde. In: COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004a. p. 99-420.

_____. Elementos teóricos para o estudo da vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004b. p. 67-98.

_____. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. **REVISA**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 141-146, 2005.

COSTA, J. S. D. *et al.* Auditoria médica: avaliação de alguns procedimentos inseridos no programa de atenção integral à saúde da mulher no posto de saúde de vila municipal, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 43-49, jan./mar. 1998.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 89-104, abril 1998.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DONABEDIAN, A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**, Glenview, n. 25, p. 173-192, 1988.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, Northfield, n. 114, p. 1115-1119, 1990.

EDUARDO, M. B. P. **Vigilância sanitária**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 63-90.

FEUERWERKER, L. C. M.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 49-53, dez. 2000.

FILHO, J. F. N. F. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Concil, 1999. p. 151-162.

FLEURY, S. Estado, poder e democratização da saúde. In: _____. (Org.). **Saúde: coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 13-44.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Concil, 1999. p. 165-179.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, maio 2006.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Talsa multiplicadores** – avaliação e qualidade (módulo 2). 2006. Disponível em: <<http://www.onaeducare.org.br>>. Acesso em: 04/07/2006.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-351.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GUEDES, A. E. L. Da integralidade de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 129-158.

GUILHEM, D. **Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids**. Brasília: Editora UnB/Finatec, 2005.

GUIZARD, F. L. *et al.* Participação, democracia institucional e competência : algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS, 2006. p. 9-23.

HERNÁNDEZ-TEZOQUIPA, I.; ARENAS-MONREAL, M. L.; VALDEZ-SANTIAGO, R. “No dejarse caer en cama”: las mujeres y los servicios de salud. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1210-1216, 2005.

HENRIQUES, C. M. P. A vigilância e a reforma sanitária: 4 passos. **Gestão médica**, São Paulo, p. 32-34, nov./dez. 2006.

JÚNIOR, K. R. C. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 13-17.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

LANSKY, S., FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-72, 2002.

LÉON, M. Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 191-205, 2000.

LIMA, L. C. W. ANVISA: enfim um projeto político-institucional para a vigilância sanitária? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 9-23, nov. 2001.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. Apresentação. In: _____. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-23.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUZ, M. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 19-39.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-312, 2007.

MARQUES, M. C. C. A prática da vigilância sanitária e a ética. In: CECOVIISA – USP. **Vigilância sanitária – textos e contextos**. Disponível em:

<http://www.fsp.usp.br/cecovisa/publicacoes/Textos_e_Contextos.pdf>. Acesso em: 10/10/2007.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.

MELLEIRO, M. M.; GUALDA, D. M. R. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p. 503-510, jun. 2004.

MENDES, A. M. B. Algumas contribuições do referencial psicanalítico para pesquisas sobre organizações. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, p. 89-96, 2002. N^o. Especial.

MERHY, E. E. Integralidade: implicações em cheque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS, 2006. p. 97-109.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MINAYO, M. C. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MURAHOVSKI, D. *et al.* **Talsa multiplicadores** – licenciamento sanitário (módulo 3). 2006. Disponível em: <<http://www.onaeducare.org.br>>. Acesso em: 04/07/2006.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NHS. **NHS core principles**. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/aboutnhs/CorePrinciples/Pages/NHSCorePrinciples.aspx>>. Acesso em: 10/09/2007.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto – SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p. 11-17, abr. 2000.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. 186 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

_____. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1.

PAIM, J. S. Políticas da saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PASSOS, L. M. R. **Assistir e vigiar: as ações de vigilância epidemiológica na unidade básica de saúde: situação atual e perspectivas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 331-348, mar./ago. 2004.

PHILLIPS, S. The social context of women's health: goals and objectives for medical education. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 152, n. 4, p. 507-511, Feb. 1995.

PIMENTA, C. P. **Os signos da integralidade no cotidiano de uma residência em saúde da família**. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 67-113.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 9-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: _____. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

PIOVESAN, M. F. *et al.* Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RABÊLO, R. B. **Vigilância pós-comercialização de produtos para a saúde: o desafio da rede sentinela**. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

RIBEIRO, M. C. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância sanitária como estratégia para o fortalecimento da luta pela conservação ambiental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 5-14, jan./abr. 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANCHES, S.; GEBRIM, V. L. M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 99-116, 2003.

SANTOS, A. L. D.; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 268-276, abr. 2004.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAMM, F. R.; ESCOSTEGUY, C. C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 951-961, out. 2000.

SCLIAR, M. Prefácio. In: BUENO, E. **À sua saúde**: a vigilância sanitária na história do Brasil. Brasília: ANVISA, 2005. p. 9-10.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, set./dez. 2003.

SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

SIMKIN, R. J. Women's health: time for a redefinition. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 152, n. 4, p. 477-479, Feb. 1995.

SOUTO, A. C. **Saúde e política**: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

STEPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a política de contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 408-424, jul./set. 1995.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, Brasília, v. 7, n. 2, abr./jun. 1998.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIANA, A. L. D. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 205-214.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Secretaria do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde

Título da Pesquisa: “Vigilância Sanitária e saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS”

Pesquisador responsável: Christiane Santiago Maia (tel: (61) 8115 5041)

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. O que é vigilância sanitária para você?
2. O que lhe vêm à mente quando se fala em saúde da mulher?
Lembrete: a) Principais problemas no município
3. O que é um serviço de saúde que atende à saúde da mulher com qualidade para você?
Lembrete: a) quais são esses serviços de saúde que atendem à saúde da mulher?
4. Como a vigilância sanitária e a área de saúde da mulher podem trabalhar juntas para promover a qualidade em serviços de saúde que atendem à saúde da mulher?
Lembrete: a) A relação como ocorre hoje

APÊNDICE B

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Secretaria do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde

Título da Pesquisa: “Vigilância Sanitária e saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS”

Pesquisador responsável: Christiane Santiago Maia (tel: (61) 8115 5041)

QUESTIONÁRIO PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Qual o seu sexo:

() Masculino () Feminino

2. Qual a sua idade?

____ anos

3. Qual foi sua última formação?

() 2º grau () Superior () Especialização () Mestrado () Doutorado ()
Pós-doutorado

Caso possua nível superior, qual a sua área de formação?

4. Você frequenta alguma instituição de ensino?

() não () sim, como estudante () sim, como docente

5. Qual o cargo que você exerce no seu trabalho?

6. Há quanto tempo você atua nesse cargo?

7. Há quanto tempo você trabalha com vigilância sanitária?

8. Você recebeu alguma formação específica para trabalhar com vigilância sanitária?

() sim () não

Se a resposta for sim, qual foi essa formação?

9. Você possui outro emprego?

() sim () não

Caso a resposta seja sim, em qual tipo de serviço você também trabalha?

() Hospital () Consultório () Centro de Saúde () Unidade Básica de Saúde

() Unidade de Saúde da Família () Farmácia () Universidade/Faculdade

Outros: _____

Esse serviço atende à saúde da mulher?

() sim () não

As próximas perguntas estão relacionadas à sua visão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

1. Qual a sua opinião sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher?

() Não conheço a política () Não quero opinar

2. Quais dos seguintes temas são tratados nos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher?

- Atenção clínico-ginecológica
- Planejamento familiar
- Atenção obstétrica e neonatal
- Saúde mental das mulheres
- Saúde da mulher no climatério
- Saúde da mulher na terceira idade
- Saúde da mulher negra
- Saúde das trabalhadoras do campo e da cidade
- Saúde da mulher indígena
- Saúde das mulheres em situação de prisão
- Participação e controle social
- Violência doméstica e sexual
- Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina
- Morbimortalidade por câncer na população feminina
- Todos os temas
- Nenhum dos temas

N.º de registro: _____



Universidade de Brasília
 Faculdade de Ciências da Saúde
 Secretaria do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde

Título da Pesquisa: “Vigilância Sanitária e saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS”

Pesquisador responsável: Christiane Santiago Maia (tel: (61) 8115 5041)

QUESTIONÁRIO PARA SAÚDE DA MULHER

1. Qual o seu sexo:

() Masculino () Feminino

2. Qual a sua idade?

_____ anos

3. Qual foi sua última formação?

() 2º grau () Superior () Especialização () Mestrado () Doutorado ()
 Pós-doutorado

Caso possua nível superior, qual a sua área de formação?

4. Você frequenta alguma instituição de ensino?

() não () sim, como estudante () sim, como docente

5. Qual o cargo que você exerce no seu trabalho?

6. Há quanto tempo você atua nesse cargo?

7. Há quanto tempo você trabalha com saúde da mulher?

8. Você recebeu alguma formação específica para trabalhar com saúde da mulher?

() sim () não

Se a resposta for sim, qual foi essa formação?

9. Você possui outro emprego?

sim não

Caso a resposta seja sim, em qual tipo de serviço você também trabalha?

Hospital Consultório Centro de Saúde Unidade Básica de Saúde

Unidade de Saúde da Família Farmácia Universidade/Faculdade

Outros: _____

Esse serviço atende à saúde da mulher?

sim não

As próximas perguntas estão relacionadas à sua visão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

3. Qual a sua opinião sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher?

Não conheço a política Não quero opinar

4. Quais dos seguintes temas são tratados nos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher?

Atenção clínico-ginecológica

Participação e controle social

Planejamento familiar

Violência doméstica e sexual

Atenção obstétrica e neonatal

Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina

Saúde mental das mulheres

Morbimortalidade por câncer na população feminina

Saúde da mulher no climatério

Saúde da mulher na terceira idade

Todos os temas

Saúde da mulher negra

Saúde das trabalhadoras do campo e da cidade

Nenhum dos temas

Saúde da mulher indígena

Saúde das mulheres em situação de prisão

N.º de registro: _____

APÊNDICE C



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Secretaria do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde

Título da Pesquisa: "Vigilância Sanitária e saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS"

Pesquisador responsável: Christiane Santiago Maia (tel: (61) 81155041)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a possível relação entre a vigilância sanitária e a área de saúde da mulher na busca pela qualidade de serviços de saúde que atendem à saúde da mulher.

Estas informações serão coletadas através de uma entrevista gravada, baseada em um roteiro de entrevista semi-estruturado, respondido por cada profissional junto a um entrevistador. Não há necessidade de coleta de nenhum material adicional, como sangue, por exemplo. Será garantido também o sigilo e a confidencialidade das respostas dadas, uma vez que não serão colocados nomes na gravação, mas apenas um código que impossibilita a identificação da pessoa que respondeu. Além disso, os resultados serão divulgados de forma geral, considerando todas as respostas e não respostas particulares e individuais. As respostas de cada um dos entrevistados são de fundamental importância, pois contribuirão para que o meio científico entenda a forma de pensar e agir dos trabalhadores sobre a integralidade entre a vigilância sanitária e a saúde da mulher. Tendo sido esclarecido (a) sobre os objetivos da pesquisa e do segredo em relação à origem de minhas respostas, aceito participar da pesquisa.

Assinatura

Local e data

Nº. de registro: _____

Assinatura do pesquisador que coletou os dados: _____

APÊNDICE D

Registro nº. _____

Verbalizações	Tema	Categoria
1.	1.	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.	2.	
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.	3.	
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

ANEXOS

ANEXO A**VIGILÂNCIA SANITÁRIA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS QUE ATENDEM À SAÚDE DA MULHER¹**

Health surveillance and quality of care in services that attend women's health

Christiane Santiago Maia

Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP: 70910-900.

Dirce Guilhem

Departamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP: 70910-900.

Daniel R. Coradi de Freitas

Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SEPN 515, Bl.B - Edifício Ômega. Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP: 70.770-502.

Anamaria Ferreira Azevedo

Curso de Enfermagem. Centro Universitário Euroamericano. Avenida das Nações, trecho O, conjunto 5. Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP: 70200-000.

¹ Manuscrito submetido à avaliação para publicação na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil em junho de 2007, com registro n.º 895/2007.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. SIA trecho 1, lote 1730. Guar I, Distrito Federal, Brasil. CEP: 71200-010.

Autor responsável pela troca de correspondência:

Christiane Santiago Maia

Endereço: SHIN CA 5, lote C3, Edifício Firenze, apt 608. Lago Norte. Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP: 71503-505.

E-mail: csmaia2@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar as concepes de serviço que atende  saúde da mulher com qualidade por parte de profissionais de vigilância sanitária (VISA) e de coordenadores de saúde da mulher (CSM) de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Métodos: estudo descritivo, de abordagem qualitativa, efetuado por meio de entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores de VISA de serviços de saúde e CSM de 3 cidades em diferentes regiões brasileiras, num total de 9 participantes. Para estruturao dos dados, foram agregadas as respostas em temas de avaliao dos serviços de saúde mencionados por Donabedian: estrutura, processos e resultados.

Resultados: para os trabalhadores de VISA, foram relatados com maior frequência aspectos relacionados à estrutura dos serviços de saúde, como equipamentos e recursos humanos qualificado; seguidos dos processos, como acolhimento e priorizao no atendimento. Os CSM abordaram os três temas, com destaque para os processos.

Conclusões: as entrevistas apontam para um possível prejuízo na avaliação da qualidade de serviços de saúde que atendam à mulher, pois o olhar para os resultados foi menos expressivo que a avaliação de estrutura e processo. O estudo reforça a necessidade de atuação conjunta entre os setores de vigilância e assistência, a fim de promover a integralidade dentro do Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave *Qualidade da assistência à saúde, Vigilância sanitária, Saúde da mulher, Sistema Único de Saúde*

Abstract

Objective: identify the concepts of service that attend women's health with quality through health surveillance professionals (VISA) and women's health coordinators (CSM) in the Municipal System's Full Administration.

Methods: a descriptive study with a qualitative approach was carried out using semi-structured interviews with VISA and CSM health service workers in 3 different cities from different Brazilian regions, for a total of 9 participants. The answers were grouped into the health service evaluation topics mentioned by Donabedian (structure, processes, and results) to organize the data.

Results: for the VISA workers, aspects related to the structure of the health services, such as equipment and qualified human resources; followed of processes, such as reception and service prioritization, were reported with more frequency. The CSM reported three topics, with attention on processes.

Conclusion: the interviews indicated a possible loss in the evaluation of the quality of health services that reach women since results appeared to be less expressive than the evaluation

of structure or process. The study reinforces the need for the surveillance and assistance sectors to act together in order to promote the integrality of the Single Health System.

Key words *Quality of health care, Health surveillance, Women's health, Single Health System*

Introdução

A vigilância sanitária (VISA) pode ser considerada a forma mais complexa de existência da Saúde Pública. Suas ações, eminentemente preventivas, percorrem todas as práticas médico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.¹ Pode ser definida como “espaço de intervenção do Estado, com a propriedade – por suas funções e instrumentos – de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, bem como os ambientes, às demandas sociais de saúde – para os indivíduos e para a coletividade – e às necessidade do sistema de saúde”.²

Compreende-se, pois, que a atual sociedade de consumo impõe o aumento e variação no campo da produção, além da criação incessante da necessidade de consumo para satisfazer às exigências do modo de produção capitalista. Dessa forma, gera constantes riscos à saúde individual e coletiva, fundamentando-se a necessidade de regulação das relações de produção-consumo. A VISA está inserida nessa lógica de mercado, objetivando o controle específico da Saúde Pública para resguardar os interesses sanitários, ou seja, para promover a proteção e a defesa da saúde e da vida.³ Sua atuação reconhece a vulnerabilidade do consumidor e constitui-se em importante ferramenta para o controle social.¹

Com procedimentos cada vez mais invasivos, formas complexas como se estruturam e atuam as organizações, divisão em especialidades e subespecialidades médicas, os serviços de saúde

podem representar fator de risco aos seus usuários, aos profissionais envolvidos⁴ e ao meio ambiente. As inovações tecnológicas, embora signifiquem avanços, podem também gerar riscos à saúde, quando não monitoradas adequadamente. Por isso, a qualidade do atendimento à população está intrinsecamente relacionada à monitoração dos riscos.⁵

Entendemos que a VISA de serviços de saúde deve ser entendida de forma abrangente e coerente com o disposto na Lei nº. 8.080/90. Assim, adotamos para esse estudo a concepção de VISA de serviços de saúde como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços de saúde.

A definição de qualidade apresenta-se de forma multidimensional.⁶ No entanto, essas diferentes facetas podem ser sintetizados em alguns pontos comuns: satisfação das necessidades e expectativas dos clientes; conformidade com as especificações; adequações de uso; zero defeito; fazer mais, melhor e mais rápido; e melhor relação custo *versus* benefício.⁷

No campo da saúde, qualidade é o produto social, expresso por expectativas sobre as relações entre clientes e prestadores de serviços e as formas como são legitimados os papéis no sistema de saúde. Assim, o controle da qualidade reflete a forma como são compartilhadas as responsabilidades públicas e individuais e o grau de preocupação com o direito de acesso ao serviço pela população, bem como a melhoria da saúde pessoal e coletiva.⁷

O quadro conceitual mais utilizado para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é, sem dúvida, o estabelecido por Donabedian.⁸ Para o autor, a qualidade não se constitui atributo abstrato e deve ser construída por meio dos sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.⁹ O modelo de análise proposto por Donabedian, que está baseado na avaliação de estrutura, processo e resultado, é amplamente aceito e divulgado em virtude de sua compatibilidade e utilidade para os programas de saúde por contemplar sua lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos.¹⁰

A estrutura trata de características mais estáveis, incluindo informações sobre recursos materiais (como instalações e equipamentos), humanos (número e qualificação) e estrutura organizacional (critérios de operação, sistemas de avaliação, etc.). Quando se trata de processo, objetiva-se analisar o “fazer” dos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes. Enfim, o resultado volta-se ao estudo dos efeitos e conseqüências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação da clientela.¹¹

Os dados que compõem os instrumentos utilizados para a apreensão do objeto dizem respeito às condições estruturais (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, entre outros.), informações relativas aos processos que definem essas práticas (como consultas, internações, cirurgias e exames) e medidas que permitam a mensuração de resultados dessas práticas (por exemplo: mortalidade, morbidade, medidas de qualidade de vida, notificações, tempo de internação).¹²

O tema da qualidade insere-se também na assistência às mulheres. A qualificação da atenção consta nos objetivos do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, junto com a ampliação do acesso e humanização da atenção.¹³ Portanto, esses serviços de saúde devem receber especial atenção pelas diversas áreas do SUS (Sistema Único de Saúde), incluindo a VISA.

A história demonstra que a busca das mulheres pelos serviços de saúde está marcada, com freqüência, por discriminação e frustrações que se repercutem em tensão e mal-estar psicofísico.¹⁴ Os problemas abordados em estudos incluem imperícia e negligência médica, deficiências nas condições estruturais referentes à organização dos serviços de saúde que atendem à mulher,¹⁵ pouca atenção recebida no pré-natal, descaso com os familiares das pacientes, falta de humanização no atendimento e de apoio às mulheres após o parto¹⁶ e ausência de integração na rede de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Além disso, a incerteza das mulheres quanto ao acesso à instituição hospitalar, bem como o desconhecimento

da dinâmica institucional e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, acarretam nas usuárias um alto grau de estresse. Os profissionais preocupam-se mais com a gravidez do que com a "mulher grávida"; o pré-natal é mais ritualístico do que preventivo ou resolutivo.¹⁷

O objetivo desse trabalho é identificar as concepções de serviço que atende à saúde da mulher com qualidade por parte de profissionais de VISA de serviços de saúde e coordenadores de saúde da mulher (CSM) de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)¹.

2. Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, efetuado por meio de entrevistas semi-estruturadas.

Os critérios utilizados para a seleção dos municípios foram: serem capitais de estado, em diferentes regiões e que estivessem em GPSM. A coleta de dados ocorreu em três cidades: uma localizada na região norte, uma na nordeste e outra na sul. Trata-se de uma amostra de conveniência, ou seja, que não é representativa da população.

Para os entrevistados, os pré-requisitos foram: manifestarem interesse em participar do estudo após a exposição de informações sobre a pesquisa, serem trabalhadores da VISA de serviços de saúde ou CSM do município. Participaram do estudo 9 sujeitos, sendo 3 responsáveis e 3 técnicos da área de VISA em serviços de saúde e 3 CSM.

¹ Municípios habilitados em GPSM são aqueles que, entre outras responsabilidades, devem “executar as ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB (Comissão Intergestores Bipartite)”, e “gerir todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública”.¹⁸ Destaca-se que a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006,¹⁹ estabelece que: “Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.” Assim sendo, e considerando que nenhum dos locais da pesquisa havia aderido ao Pacto até a coleta dos dados, todos os municípios seguiam o estabelecido na NOB SUS 01/96.

O roteiro de entrevista foi empregado como forma de facilitar a explicitação das percepções dos informantes, tendo-se o cuidado de não configurá-lo em elemento engessador do diálogo. Constituiu-se de 12 questões abertas, que tratavam de aspectos relacionados à VISA, saúde da mulher e qualidade em serviço que atende à saúde da mulher.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. A coleta de dados iniciou-se em agosto e foi finalizada em setembro de 2006.

Para o presente estudo, foi analisado um recorte dos dados que emergiram da questão que tratava de serviço que atende à saúde da mulher com qualidade, adotando-se a técnica de análise de conteúdo.²⁰ Como descrito por Gaskel,²¹ foi elaborada uma matriz para estruturação dos dados, agregando as respostas em temas definidos segundo os objetivos da pesquisa. Usaram-se, assim, os temas de avaliação dos serviços de saúde mencionados por Donabedian: estrutura, processos e resultados.

Em acordo com a Resolução 196/96,²² a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS/UnB. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi utilizada como sinal de aceite para o ingresso na pesquisa. O TCLE foi elaborado com linguagem acessível, contendo as informações relacionadas ao processo da pesquisa. Foi garantida a confidencialidade das informações coletadas.

3. Resultados

Como forma de garantir o sigilo dos sujeitos participantes da pesquisa, não serão abordadas as características das cidades em que ocorreu a pesquisa.

Descrição das características sócio-demográficas

Dos nove entrevistados, oito eram mulheres. A mediana de idade foi 46 anos (intervalo: 35 – 60). Quanto à formação básica, 4 (44%) eram enfermeiros, 3 (33%) médicos, 1 (11%) farmacêutico e 1 odontólogo. A Tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos por função.

Tabela 1

Caracterização social dos entrevistados. Brasil, 2006.

Variável	Trabalhadores da vigilância sanitária em serviços de saúde		Coordenadores da área de saúde da mulher
	Responsáveis	Técnicos	
Idade (anos) mediana	47	41	46
(intervalo)	(44 – 60)	(35 – 49)	(36 – 53)
Área de formação	1 odontólogo (a), 2 enfermeiros (as)	1 médico (a), 1 enfermeiro (a) e 1 farmacêutico (a)	2 médico (a), 1 enfermeiro (a)
Tempo que atua na área - vigilância sanitária ou saúde da mulher (média)	4 anos	3 anos	20 anos

Categorização das respostas relativas à qualidade em serviços que atendem à saúde da mulher

Analisando as falas dos entrevistados, identificamos maior presença de menções à questão de estrutura, enquanto aspectos relacionados aos resultados foram os menos relatados.

Os responsáveis pela VISA em serviços de saúde abordaram assuntos como materiais, medicamentos e equipamentos necessários à assistência, além da multidisciplinariedade e capacitação técnica dos profissionais. Quanto aos processos, reportaram-se ao acolhimento e à orientação fornecida no serviço; na categoria resultados, foi mencionada apenas a questão da resolutividade do serviço. Esse cenário pode ser melhor compreendido através de trechos das verbalizações dos entrevistados, apresentados a seguir. Destaca-se que a numeração ao final da menção refere-se ao código destinado a cada entrevista.

“Bom, basicamente é... material, equipamento adequado, toda essa parte de insumo, medicamento, todo o material descartável, tudo que é necessário pra ser utilizado nos exames, nas consultas...” (E1)

“Ele tem que se adequar fisicamente, mas tem que adequar também tecnicamente...” (E4)

“...depois o acolhimento, essa orientação toda pra dar embasamento ao trabalho.” (E1)

“E até a resolutividade também. Porque muitas vezes os exames saem sem resultados, ou que se tem notícia com muito atraso e muitas vezes um diagnóstico demorado.” (E1)

As entrevistas com técnicos da VISA apresentaram a importância da privacidade e de profissionais sensibilizados para a assistência, além de se referirem às necessidades de estrutura

física adequada e de materiais disponíveis. No que se refere a processos de trabalho, destacou-se o levantamento do perfil populacional para a definição de prioridades, conforme exemplos abaixo. Não houve menção que se enquadrasse na categoria resultados.

“Tem que ter uma estrutura física adequada, tem que ter uma privacidade no atendimento à mulher.” (E2)

“Profissionais sensibilizados que possam olhar a mulher como um ser integral em todos os seus, em todos os seus aspectos e peculiaridades.” (E7)

“Eu acho que basicamente é conhecer as necessidades daquela comunidade e atuar em cima das prioridades pra você atender as necessidades dessas mulheres. Conhecer o perfil e necessidades daquele, daquela população, e intervir de acordo com o diagnóstico.” (E5)

Na categorização das falas dos CSM, a parte de processos esteve mais presente. Quanto à estrutura, além dos pontos já tratados, surgiu o tema da estruturação da rede assistencial. Em relação à categoria processos, apareceu novamente o tópico de avaliação das necessidades da população e de acolhimento. Surge aqui, pela primeira vez, a referência à importância que o diálogo com a população deveria merecer. Foram detalhados, também, aspectos mais vinculados a procedimentos, como pode ser observado através das falas. Por fim, no campo de resultados houve menção à resolutividade que o serviço proporciona.

“...e ele tem que ter suporte de apoio em todos os níveis, apoio laboratorial, apoio em todos os níveis. Tem que ter um sistema de referência também bem articulado.” (E6)

“...que se saiba encaminhar os casos alterados, para que se faça, pelo menos, uma palpação manual de mamas e que se saiba encaminhar os casos alterados.”

(E7)

“E claro, a orientação quanto ao planejamento familiar e a possibilidade de oferecimento dos métodos, né?” (E7)

“Enfim, eu acho que tem, são muitas coisas, e ele tem que ser resolutivo, tem que resolver grande parte dos problemas da população. Não pode ser um serviço de triagem apenas.” (E6)

4. Discussão

A análise dos resultados apresentados deve ser feita considerando a limitação do estudo: utilização de amostra de conveniência na seleção dos municípios participantes. Contudo, por se tratar de uma pesquisa exploratória, o estudo propôs-se a tornar mais explícito o problema em questão, favorecendo a compreensão do tema.

Desde a NOB SUS/96, as vigilâncias sanitárias em todos os níveis têm se estruturado, ampliando o número de trabalhadores e aumentando a capacidade técnica para sua atuação. O Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária de 2004 mostrou que existiam 32.037 profissionais atuando na área, sendo 60% lotados nos municípios. Assim como no Censo, em que 60% dos trabalhadores tinham 5 anos ou menos de experiência na VISA, os entrevistados da VISA do presente trabalho seguem este perfil.²³ Em contraposição, os entrevistados da área de saúde da mulher apresentam mais experiência na sua área de atuação.

Costa²⁴ nos alerta para a relevância estratégica dos recursos humanos em VISA. Paralelamente à complexidade inerente a esta área, estão presentes: a problemática em relação à

formação na saúde, com predominância do paradigma biológico-curativista; a exclusão da VISA em projetos de reformas setoriais; e o atual contexto do mundo do trabalho, em que reina a precarização de vínculos trabalhistas. Esses se constituem em desafios para a formação profissional dos trabalhadores inseridos no campo da VISA.²⁴

Mesmo quando utilizados outros modelos teóricos de avaliação da qualidade, a categorização de falas de entrevistados em torno da tríade de Donabedian (estrutura-processo-resultado) tem sido importante instrumento analítico. Essa possibilidade, também identificada por Furtado,²⁵ facilitou a visualização das questões apresentadas pelos sujeitos de pesquisa.

Na análise dos trechos mencionados pelos participantes, tanto da VISA como da área de saúde da mulher, e que abordaram a estrutura física, percebe-se destaque especial para questões relativas a medicamentos, produtos e recursos humanos. Entende-se que esses aspectos podem ser mais facilmente verificados em uma avaliação do serviço e fornecem subsídios para modificação de processos de trabalho na tentativa de alcançar resultados apropriados. Contudo, no campo da vigilância, o olhar direcionado à estrutura configura-se em marca tradicional, principalmente quando se refere às inspeções.

Os processos de trabalho, citados principalmente pelo grupo de CSM, revelaram tópicos fundamentais como conhecimento das necessidades, diálogo com a população e acolhimento, ponto relevante para a humanização da assistência. A própria característica da atividade de VISA, que pressupõe profissionais generalistas, muitas vezes prejudica a avaliação de processos, considerando a crescente especialização no campo da saúde. Além disso, a dificuldade em tratar desse tema no contexto das inspeções sanitárias reforça essa problemática. No entanto, esse é um desafio que precisa ser ultrapassado.

Torna-se necessário adotar estratégias de capacitação e fortalecimento da própria VISA como área de produção do saber e de construção de novos instrumentos de avaliação da qualidade

dos serviços que vão além da prática de inspeções. Entre eles, pode ser mencionada a educação em saúde. Essa é uma vertente que acompanha a argumentação apresentada por Costa:²⁶ “a informação e educação sanitária desempenham crucial importância para a efetividade das ações de vigilância sanitária, tanto pela relação intrínseca com a democratização da informação técnico científica, de modo a minimizar a assimetria da informação, quanto pelo caráter pedagógico de que desfruta a administração”.

Nesse estudo, as falas dos pesquisados na categoria resultados limitaram-se à questão da resolutividade. Não houve nas entrevistas abordagens mais ampliadas sobre esse conceito, que vislumbassem melhoria para a saúde da população, a satisfação dos clientes ou o alívio de sofrimento. Estudos sobre resultados focalizando a satisfação dos usuários são cada vez mais frequentes, já que estamos nos afastando do modelo médico-centrado para um paradigma em que a tomada de decisão é conjunta e informada.²⁷

Entre os entrevistados, ainda persiste o predomínio na análise de estrutura, sobretudo no caso de trabalhadores de VISA, o que aponta para possível prejuízo na avaliação por resultados. Tendo em vista a crescente incorporação de tecnologias na saúde, levantam-se as seguintes questões: a avaliação da qualidade que considera apenas estrutura e processos conseguirá identificar os reais benefícios trazidos pelo acréscimo de novas tecnologias? Serviços que não possuem recursos tecnológicos modernos e/ou possuem problemas estruturais são mais penalizados ou julgados inadequados para um bom funcionamento? Será possível avaliar o risco/benefício dos serviços sem conhecer efetivamente seu impacto na saúde da população?

Segundo Hernández-Tezoquipa *et al.*,²⁸ mulheres que não encontram as respostas esperadas em serviços de saúde acabam desenvolvendo resistência a esses serviços, trazendo como conseqüências a realização do auto-diagnóstico e da auto-medicação. O documento da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹³ reforça que:

“A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.”

Adami e Maranhão²⁹ ressaltam a importância de profissionais de saúde apreenderem a concepção de avaliação da qualidade, a fim de integrarem métodos para promoção e manutenção da qualidade requerida no contexto dos serviços. Para as autoras, a monitorização da qualidade, a partir da identificação e correção precoce dos desvios encontrados, deve ser efetuada sob uma ótica pedagógica, em sobreposição à visão punitiva.

Além disso, o documento do Ministério da Saúde afirma a importância da integralidade na atenção à saúde da mulher, ponto relatado em uma entrevista, por técnico de VISA. Diante desse pilar do Sistema Único de Saúde, as análises de qualidade devem sustentar a construção teórico-metodológica no reconhecimento do princípio da integralidade, impondo um olhar ampliado sobre a mulher, a saúde e o cuidado.

Para que isso ocorra, o arcabouço teórico da vigilância e da área da saúde da mulher precisa estar em consonância, possibilitando a busca de objetivos comuns e de atuação conjunta. Essa postura favorecerá a percepção da necessidade de abordagem integral à saúde da mulher, bem como a adoção da integralidade no âmbito do próprio SUS, o que permitirá a articulação das políticas elaboradas e das práticas efetuadas.

Percebe-se que o paradigma predominante tende a segregar a avaliação dos serviços de saúde em dois aspectos: a avaliação da estrutura, associada à VISA; e a avaliação dos processos, mais relacionada aos órgãos responsáveis pela assistência à saúde.

A histórica luta contra a segregação da prevenção e da assistência na saúde ressurgiu nessa pesquisa como um desafio ainda não solucionado. Enquanto a VISA for entendida como um ator distante no campo da saúde, teremos práticas desorganizadas e ineficazes na promoção da qualidade em serviços. Quando valorizada e com autonomia, constitui-se em relevante instrumento para a melhoria da gestão de serviços e sistemas de saúde.

Os efeitos da persistência desse modelo fragmentado podem trazer conseqüências à população usuária dos serviços, porquanto as práticas das diferentes áreas da saúde não são potencializadas através do diálogo e articulação.

Referências

1. Costa AC, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, editor. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-40.
2. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2001.
3. Costa EA. Elementos teóricos para o estudo da vigilância sanitária. In: Costa EA. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Sobravime; 2004. p. 68-98.
4. Eduardo MBP. Vigilância sanitária. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
6. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad Saúde Pública 2002, 18: 1561-1569.

7. Gastal FL, Roessler IF. Talsa multiplicadores – avaliação e qualidade (módulo 2). 2006.
Disponível em URL:
[Http://www.onaeducare.org.br](http://www.onaeducare.org.br) [2006 Jun 04].
8. Azevedo CA. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev Saúde Pública 1991; 25: 64-71.
9. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1115-1119.
10. Aguilar MJ, Ander-Egg E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Editora Vozes; 1994.
11. Donabedian A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. Inquiry 1988; 25: 173-192.
12. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000; 34: 547-549.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional da atenção integral à saúde da mulher – princípios e diretrizes. Brasília: Editora MS; 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Brasília: Editora MS; 2003.
15. Oba MDV, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto – SP. Rev Latino-Am Enfermagem 2000; 8: 11-17.
16. Santos ALD, Rosenburg CP, Buralli KO. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. Rev Saúde Pública 2004; 38: 268-276.
17. Melleiro MM, Gualda DMR. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico. Rev Latino-Am Enfermagem 2004; 12: 503-510.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília: Editora MS; 2002.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: 2006.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
21. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, editors. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Ed. Vozes; 2003. p. 64-89.
22. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
23. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Censo nacional dos trabalhadores da vigilância sanitária. Brasília: 2004.
24. Costa EA. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. *Revisa* 2005; 1: 141-146.
25. Furtado JP. A avaliação como dispositivo. [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2001.
26. Costa EA. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: Rouquayrol MZ, Filho NA, editors. *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 357-387.
27. Driel MLV, Sutter AID, Christiaens TCM, Maeseneer JMD. Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2005; 11: 417-429.
28. Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal ML, Valdez-Santiago R. “No dejarse caer en cama”: las mujeres y los servicios de salud. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1210-1216.
29. Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paul Enf* 1995; 8: 47-55.

ANEXO B

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 038/2007

Título do Projeto: “A saúde da mulher na Vigilância Sanitária”.

Pesquisadora Responsável: Christiane Santiago Maia

Data de Entrada: 11/05/2007.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 038/2007 com o título: “A saúde da mulher na Vigilância Sanitária”. Analisado na 5ª Reunião ordinária, realizada no dia 12 de junho de 2007.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de julho de 2007.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP/FS-UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Cep: 70.910-900