

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE

Ana Stela Goldbeck

A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) na Rede de Atenção
Básica em Saúde do Rio Grande do Sul: representações sociais
e qualificação do processo comunicacional

Porto Alegre
2006

Ana Stela Goldbeck

Monografia de conclusão de curso de Especialização
apresentado ao Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Administração

Orientadora: Profª Dra. Neusa Rolita
Cavedon

Porto Alegre

2006

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação por Coordenadoria Regional de Saúde/RS -----	24
Figura 2 - Profissão declarada pelos profissionais da atenção básica em saúde/RS -----	25
Figura 3 – Sexo dos informantes -----	25
Figura 4 - Idade dos profissionais da atenção básica em saúde/RS -----	26
Figura 5 - O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para os profissionais da enfermagem na atenção básica de saúde -----	27
Figura 6 - O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para enfermeiras (os) -----	28
Figura 7 - O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para técnicas(os) de enfermagem -----	28
Figura 8 - O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para auxiliares de enfermagem -----	29
Figura 9 - A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme pelos profissionais de enfermagem da atenção básica em saúde -----	38
Figura 10 - A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme por enfermeiras(os) da ABS/RS -----	39
Figura 11 - A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme por técnicas(os) de enfermagem da ABS/RS -----	39
Figura 12 - A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme por auxiliares de enfermagem da ABS/RS -----	40
Figura 13 - Comunicação de resultado alterado à família pelo profissional da ABS/RS -----	47
Figura 14 - O tipo de informação utilizado para o usuário no momento da comunicação de um resultado alterado -----	47
Figura 15 - Idade da realização da coleta para o teste de pezinho no Rio Grande do Sul em 2005 -----	54
Figura 16 - Razões pelas quais a idade ideal de coleta não é uma realidade no RS segundo os profissionais da ABS -----	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cobertura Estadual (Rede Pública) em Triagem Neonatal -----	53
--	----

SUMÁRIO

	LISTA DE ILUSTRAÇÕES -----	03
	LISTA DE TABELAS -----	04
	RESUMO -----	07
1	INTRODUÇÃO -----	08
2	CONTEXTO DA TRIAGEM NEONATAL E PROBLEMA DE PESQUISA	10
2.1	HISTÓRICO -----	10
2.2	O PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL BRASILEIRO -----	11
2.3	O MOMENTO ATUAL DA TRIAGEM NEONATAL NO RIO GRANDE DO SUL -----	12
2.4	PROBLEMATIZAÇÃO -----	12
2.5	OBJETIVOS -----	13
2.5.1	Objetivo geral -----	13
2.5.2	Objetivos específicos -----	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO -----	14
3.1	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS -----	14
3.2	O SER BIOLÓGICO E O SER SOCIAL -----	16
3.3	PROCESSO COMUNICACIONAL -----	18
4	MÉTODO -----	22
4.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO -----	22
4.2	COLETA DE DADOS -----	23
4.3	UNIVERSO DE ESTUDO -----	23
4.4	SUJEITOS DA PESQUISA -----	24
4.5	ANÁLISE DE DADOS -----	26
5	A PERCEPÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO RS ----	27
5.1	A TERMINOLOGIA USADA PELOS PROFISSIONAIS -----	27
5.2	CATEGORIAS IDENTIFICADAS QUANTO À SIGNIFICAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO -----	30

5.3	LÓGICAS ACIONADAS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE -----	34
6	A TRIAGEM NEONATAL PARA ANEMIA FALCIFORME: DESAFIOS EMERGENTES -----	37
7	O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM O USUÁRIO DO PROGRAMA -----	46
7.1	AGENTES CENTRALIZADORES DA COMUNICAÇÃO -----	48
7.2	A PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO -----	49
7.3	COMUNICAÇÃO ALEATÓREA -----	50
8	A EFETIVIDADE DO PROGRAMA ESTADUAL DE TRIAGEM NEONATAL -----	53
9	PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO RS -----	57
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	61
11	REFERÊNCIAS -----	63
12	ANEXOS -----	66
	ANEXO A – Legislações, histórico e evolução da triagem neonatal no RS -----	66
	ANEXO B – Carta de apresentação -----	68
	ANEXO C – Instrumento de pesquisa -----	69
	ANEXO D – Mapa da distribuição dos municípios do RS por Coordenadorias Regionais de Saúde e Macroregiões -----	73
	ANEXO E – Cobertura estadual de triagem neonatal discriminada por municípios -----	74

RESUMO

Esta monografia traz um mapeamento do perfil, das lógicas acionadas e das representações sociais do profissional de saúde da área da enfermagem, (enfermeiras (os), técnicas (os) e auxiliares de enfermagem), em torno da ação de triagem neonatal “Teste do Pezinho”, na rede de atenção básica do Rio Grande do Sul, onde são realizadas as coletas do teste. De posse destes significados, foi proposta uma qualificação dos processos comunicacionais, privilegiando a transmissão horizontal de conhecimentos, isto é, o intercâmbio de saberes entre esferas distintas da sociedade. Com isso, a tentativa de formar conhecimentos socialmente legitimados, com capacidade de se multiplicarem pelo próprio uso, qualificando como um todo o programa de triagem neonatal do estado do Rio Grande do Sul.

PALAVRAS-CHAVES: Representações Sociais; Qualificação; Triagem Neonatal; Teste do Pezinho

1 INTRODUÇÃO

Um Programa de Triagem Neonatal tem por objetivo geral promover a detecção de patologias congênitas em fase pré-sintomática em todos recém nascidos de uma população, permitindo a intervenção precoce através de tratamento e, conseqüentemente, diminuindo a morbidade, suas conseqüências e a mortalidade gerada pelas doenças triadas. A doença que historicamente motivou o desenvolvimento desta área de prevenção, principalmente da deficiência mental no período neonatal, foi a Fenilcetonúria (PKU) (GUTHRIE, 1992).

O início da ação em triagem neonatal em nosso estado remete ao final dos anos de 1980 em iniciativas isoladas de laboratórios de hospitais públicos vinculados ao diagnóstico e pesquisa restrita às suas maternidades, posteriormente avançando para diagnósticos clínicos de iniciativa privada. Em 1994 ocorre a primeira investida do poder público estadual em oferecer este tipo de diagnóstico às suas municipalidades de modo incipiente e inicial em convênio com a UFRGS/FACFAR.

A partir desta data, mesmo com oscilações de caráter político do gestor estadual e indefinições quanto aos orçamentos anuais para a continuidade do diagnóstico neonatal para PKU e HC aos recém nascidos do estado, houve uma evolução crescente em termos de cobertura da triagem neonatal no RS¹. Com emergência do PNTN em 2001 e a adesão do RS ao programa nacional, a ação de triagem neonatal no estado teve um significativo incremento.

O presente trabalho surge do desejo da autora, enquanto aluna e coordenadora do NATNEO, de fundamentar teoricamente a ação, analisar os resultados do programa no estado e revelar pontos de deficiência para uma proposta de qualificação do programa junto aos profissionais de saúde da rede de atenção básica através de um estudo quantitativo e qualitativo da triagem neonatal no estado.

Escolheu-se trabalhar com as representações sociais dos profissionais envolvidos com triagem neonatal, por entender que a ação somente pode ser bem compreendida em sua totalidade, se priorizar e valorizar, concomitantemente aos resultados quantitativos, a expressão da subjetividade daqueles que a exercem em seu cotidiano, possibilitando a construção de outros saberes, chamados saberes

1 ANEXO A – Legislações, histórico e evolução da triagem neonatal no RS

sociais. Compreender de que modo os saberes migram de uma esfera social à outra, bem como de que maneira se comunicam com outros saberes, constituiu-se no desafio deste estudo.

Para trabalhar com representações sociais, tomou-se como pressuposto o conceito de cultura como uma teia de significados (GEERTZ, 1989) e através desta lente, enxergar os conceitos subjacentes à visão de mundo do profissional atuante nos serviços de saúde de atenção básica que dão sentido ao processo de realização do teste de triagem neonatal (teste do pezinho). Partiu-se do princípio de que este conceito é apropriado pelos grupos sociais de formas distintas, arbitrárias, uma forma de código compartilhado, onde as diferentes dimensões de cultura se entrelaçam numa lógica que lhes dá o verdadeiro sentido (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Esta conceituação permitiu com que se fizesse uma interação entre as diferentes subjetividades, possibilitando a compreensão viável a partir do acionamento de múltiplos saberes.

No capítulo 2 há a contextualização histórica da triagem neonatal nos diversos níveis de gestão e a situação atual da triagem neonatal no RS, a problematização do tema e os objetivos que nortearão a pesquisa.

No capítulo 3 aborda-se o referencial teórico, as linhas norteadoras desta pesquisa, tais como a teorização de cultura, representações sociais e processos comunicacionais sob a lente de diversos autores; no capítulo 4 tem-se a metodologia, o tipo de estudo, a técnica de pesquisa e a caracterização dos sujeitos da pesquisa.

O capítulo 5 apresenta os resultados quanto à percepção do programa de triagem neonatal pelos profissionais pesquisados; o capítulo 6 aborda a triagem neonatal para a anemia falciforme e os desafios que emergem desta prática. No capítulo 7 apresenta-se o processo de comunicação dos profissionais com o usuário do programa. O capítulo 8 mostra a análise quantitativa com relação à efetividade do programa de triagem neonatal no estado. A proposta de qualificação do programa de triagem neonatal foi apresentada no capítulo 9.

Todos os dados apresentados no presente estudo foram analisados com base no referencial teórico. O capítulo 10 apresenta as considerações finais.

2 CONTEXTO DA TRIAGEM NEONATAL E PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 HISTÓRICO

A patogênese da fenilcetonúria foi estudada a partir de casos clínicos de retardo mental severo em crianças, o primeiro em 1938 na Noruega e o outro em 1951 na Inglaterra. Por volta do ano de 1963, Robert Guthrie desenvolveu uma metodologia diagnóstica para PKU mais simples e não onerosa, com a utilização de sangue de pacientes com retardo mental, coletados sob papel filtro. Guthrie ficou convencido então, ele próprio pai e tio de crianças com deficiência mental causada por PKU, de que todos os bebês devessem ser rastreados para PKU, e ficara certo de que quanto antes o diagnóstico fosse feito e o tratamento iniciado, mesmo sem chance de cura, melhor seria o prognóstico dos portadores, evitando o retardo mental. Publicações científicas passaram a acontecer, bem como o incentivo a algumas iniciativas locais de prevenção de fenilcetonúria, com a simples coleta de sangue de bebês em papel filtro, no período neonatal, antes da saída da maternidade nos Estados Unidos (KOCH, 2005).

Tem-se, portanto, quase meio século deste movimento em torno do tema central: prevenção de algumas causas de retardo mental severo nos indivíduos. Uma vez estabelecida e mundialmente difundida a idéia da triagem neonatal para doenças graves e a prevenção de suas seqüelas neurológicas, agregou-se a ela e ao tipo de procedimento (coleta de sangue em papel filtro), a possibilidade de diagnóstico e tratamento de várias outras doenças.

Hoje em dia, programas de triagem neonatal em países ricos e desenvolvidos asseguram o rastreamento de muitas outras doenças graves, raras, metabólicas, hereditárias, já não mais restritas à prevenção de retardo mental, embora o rastreamento de doenças clássicas causadoras de deficiência mental grave, como PKU e Hipotireoidismo Congênito (HC) persista, e seja uma situação inconteste e de rotina nos programas de triagem neonatal estabelecidos, independente de sua magnitude (HRSA, 2000).

Entretanto, este tipo de programa de rastreamento populacional ainda não é uma realidade em vários países em desenvolvimento, não raro com uma população de recém nascidos numerosos a cada ano, por vários motivos. Entre eles, governos não mobilizados e situações de saúde pública com prioridades mais eminentes

(OMS, 2004). No entanto, com a disseminação do conhecimento científico a respeito dos benefícios da triagem neonatal, aparecem em muitos destes países ações emergentes de triagem para PKU e HC alocados em serviços de saúde isolados, com possibilidade de expansão e fazendo pressão para serem assumidos pela esfera governamental. Em países onde isso aconteceu, criaram-se políticas públicas de destinação de verbas para a realização em nível nacional dos exames de triagem neonatal para algumas doenças, escolhidas seguindo alguns critérios de inclusão: gravidade da doença, prevalência da doença, possibilidade de rastreamento em escala populacional, tratamento disponível e um custo benefício justificável (WHO, 1998; PASS et al, 2000). Tendo em vista que a prevenção da doença mental ou metabólica somente fica garantida, se o paciente for submetido ao tratamento adequado, disponibilizado por toda a vida deste, seguindo critérios e controles clínicos, qualquer programa governamental há de garantir a dispensação, no sistema público de saúde, dos medicamentos excepcionais para prover este tratamento.

2.2 O PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL BRASILEIRO

Dentro deste escopo, nasce o programa público de triagem neonatal brasileiro. O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi uma iniciativa do Ministério de Saúde (MS) em estabelecer regras e um perfil básico para a triagem neonatal de recém nascidos da rede pública de saúde em todo o território brasileiro. Estabeleceu-se através da Portaria nº 822, de junho de 2001, que definiu em cada estado, no mínimo um Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN). Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados, da variação percentual de cobertura dos nascidos vivos e da diversidade das características populacionais existentes no país, o PNTN articulou-se para ser implantado em três fases. A fase I propõe a triagem neonatal, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. A fase II acrescenta ao perfil básico, a triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento para anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e a fase III inclui às outras a triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento neonatal da Fibrose Cística. Esta última está restrita às Unidades Federativas com cobertura superior a 70% dos nascidos vivos nas fases I e II (BRASIL, 2001).

2.3 O MOMENTO ATUAL DA TRIAGEM NEONATAL NO RIO GRANDE DO SUL

O estado do Rio Grande do Sul (RS) está credenciado na fase II do PNTN e está evoluindo a um programa piloto para a inclusão do rastreamento de Fibrose Cística (fase III). Este programa nacional concretiza-se no RS pela indicação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV-POA), como SRTN e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através da Faculdade de Farmácia (FacFar), como laboratório de referência em triagem neonatal do RS, entidades credenciadas pelo MS como tais.

O SRTN/HMIPV-POA aloca a equipe clínica especializada e equipe multidisciplinar para o atendimento dos recém nascidos rastreados.

O Núcleo de Atenção à Triagem Neonatal (NATNEO) comporta o laboratório especializado em triagem neonatal, o setor administrativo e o serviço de Busca Ativa do programa. Este núcleo é uma atividade extensionista da Faculdade de Farmácia da UFRGS, com ações vinculadas à Política Estadual de Triagem Neonatal (PETN)².

A coleta da amostra no RS é realizada na rede de atenção básica de saúde (UBS'S e PSF'S) no período neonatal. Recomenda-se a coleta no período ideal, ou seja, do 3º ao 7º dia de vida do recém nascido (RN).

2.4 PROBLEMATIZAÇÃO

Tem-se até aqui uma descrição histórica e normativa da evolução do programa de triagem neonatal em termos macroconceptivos e macroconceituais em diversos níveis. A partir deste momento, explorar-se-á o microcosmo da triagem neonatal, onde acontecem as práticas e a interface entre ciência e sociedade, na sua mais cotidiana expressão e também, trazer à tona as representações sociais que fundamentam estas práticas junto aos profissionais de saúde da área da enfermagem da rede de atenção básica de saúde do RS (ABS/RS). São estes os profissionais que atuam na intersecção efetiva entre o científico e o social, através dos processos comunicativos bilaterais, onde de um lado existe o usuário do sistema

2 A Política Estadual de Triagem Neonatal (PETN) foi estabelecida pela portaria estadual nº 34 de 09 de outubro de 2001.

de saúde e de outro, a ciência, ambos com um corolário de valores bem definidos e distintos.

A atividade de busca ativa do NATNEO, por sua vez, dá conta de uma outra interface do processo, por ser o lócus de intersecção entre a rede de atenção básica e a rede de assistência especializada. Foi através deste núcleo e das demandas deflagradas ao longo do tempo de atuação em triagem neonatal que ficaram evidentes muitos impasses relativos à compreensão da triagem neonatal como um programa, à sua metodologia, à sua concepção teórica e científica, questões estas, que causam muitos descompassos ao processo total, e que são o objeto de problematização deste estudo.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo geral

Identificar e analisar as representações sociais sobre triagem neonatal, junto aos profissionais de enfermagem que atuam na rede de atenção básica em saúde do estado do Rio Grande do Sul.

2.5.2 Objetivos específicos

- Verificar em termos quantitativos a realidade da triagem neonatal no RS;
- Pesquisar os principais impasses na compreensão do programa pela ótica dos profissionais de enfermagem da rede pública de saúde;
- Revisar a práxis com aproveitamento dos saberes informados, para um processo de qualificação do programa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para servir de base à análise de dados empíricos apresentados no seguimento, buscou-se desenvolver neste capítulo uma base teórica sobre Representações Sociais, interface entre o Biológico e o Social e o Processo Comunicacional na ótica dos mais diversos autores.

3.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O estudo da dinâmica de apropriação da cultura na Sociologia baseou-se no sentido dado às representações sociais por Durkheim (1996), quando este fala da existência de um determinismo social na formação do pensar individual. Um determinismo que dá significado e sentido a este pensar, de maneira que fica impossível dissociar o indivíduo da sociedade na qual ele está inserido, da mesma forma que fica impossível conceber uma sociedade sem que esta se manifeste através de indivíduos concretos. Escreve o autor:

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos. Os símbolos com que ela se pensa mudam de acordo com a sua natureza (...). Se ela aceita ou condena certos modos de conduta, é porque entram em choque ou não com alguns dos seus sentimentos fundamentais, sentimentos estes que pertencem à sua constituição (apud MINAYO,1994).

As representações sociais são formuladas como uma modalidade de conhecimento particular, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Elas são construídas na intercessão do espaço privado com o espaço público. Em última análise, se estabelece, entre indivíduo e sociedade, uma relação altamente dinâmica, profundamente dialética, própria das representações que são construídas quando o singular e o coletivo se encontram. É

evidente que as representações têm uma trajetória, até chegar a serem consideradas como representações sociais. Ao elaborar a teoria das representações sociais, Moscovici dispensa o sociologismo positivista de Durkheim e do psicologismo do comportamentalismo norteamericano. O homem é muito mais do que um elo numa grande cadeia, ou um indivíduo pensando sozinho, vivendo sozinho, sentindo sozinho. Indivíduo e sociedade completam-se, são faces de uma mesma moeda. As representações só existem porque existe um sujeito em relação, um sujeito em permanente troca com o ambiente natural e cultural. Por esta razão que elas são representações sociais (MOSCOVICI,2003).

As idéias da fenomenologia aplicadas às Ciências Sociais são elaboradas teoricamente por Alfred Schutz. Sua contribuição para a operacionalização da pesquisa social qualitativa é bastante significativa. Shutz utiliza o termo “senso comum” para falar das representações sociais. Para ele, tanto o conhecimento científico como o senso comum, envolvem um conjunto de abstrações, formalizações e generalizações. Estes conjuntos são construídos, são fatos interpretados, a partir do mundo do dia-a-dia. Portanto, a existência cotidiana é dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social. Estes significados que podem ser objeto de estudo dos cientistas sociais são selecionados através desconstruções mentais, de “representações” do “senso comum” (SCHUTZ apud MINAYO,1994)

Duven dizia que a obtenção daquilo que faz parte do mundo organizacional precisa ser captada através de metodologia qualitativa, uma vez que a comunicação configura-se como fator relevante na descoberta do senso comum. As representações sociais para este autor, configuram-se assim:

Elas entram para o mundo comum e cotidiano em que nós habitamos e discutimos com nossos amigos e colegas e circulam na mídia que lemos e olhamos. Em síntese, as representações sustentadas pelas influências sociais da comunicação, constituem as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como principal meio para estabelecer as associações com as quais nos ligamos uns aos outros (DUVEN, 2003).

As representações sociais podem ser entendidas, assim, como formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas, que possuem fins práticos e concorrem à construção de uma realidade comum a um grupo social (JODELET, 1986). Pode-se pensar as representações sociais como aquilo que as diferentes opiniões individuais têm em comum, a lógica que lhes une e que é compartilhada por todo um grupo social, de forma mais ou menos estável (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

A partir da ótica dos autores mencionados acima, resume-se que representações sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada é a linguagem do senso comum, tomada como forma de conhecimento e interação social. Mesmo sabendo que ela traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial freqüentemente contraditória, possui graus diversos de nitidez e de clareza em relação à realidade. É fruto da vivência das contradições que permeiam o cotidiano das classes sociais e sua expressão marca o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições. Com o senso comum os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos. Mas, além disso, as representações sociais possuem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade. Portanto devem ser analisadas criticamente, uma vez que correspondem às situações reais da vida. Neste sentido, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas (MINAYO, 1994).

3.2 O SER BIOLÓGICO E O SER SOCIAL

Um grande desafio se estabelece quando há a necessidade de confluir pressupostos teóricos da esfera social para a esfera biológica e fazer uma defesa de estudos empíricos, que mostram que o processo saúde/doença não se reduz a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que está intimamente relacionada às características de cada sociedade, e que o ser humano é um ser biológico e social e a doença, uma realidade construída pelo doente, então, personagem social.

Se saúde/doença é uma noção que revela a realidade social na qual é construída, para se compreender esta representação dentro do contexto, é preciso examiná-la a partir dos substratos econômicos, político e cultural. Numa sociedade capitalista onde as relações sociais se fazem a partir de uma diferenciação de classes, da desigualdade na distribuição e aquisição de riquezas, a concepção de saúde/doença está marcada por estas contradições. Contradições marcam as representações da classe dominante que informam as concepções mais abrangentes da sociedade como um todo e são veiculadas de forma especializada através da corporação médica. Refletem-se também nas representações das classes trabalhadoras que se subordinam à visão dominante, e a reinterpretem de forma peculiar, de acordo com suas condições de existência e seus interesses específicos. Através de relações e de instituições legitimadoras dos atos e discursos médicos, dentro de um esquema corporativo, este profissional reproduz de forma contraditória as concepções sobre corpo, saúde/doença, sobre vida e sobre morte (MINAYO, 1994).

A triagem neonatal é um campo de atuação que se situa neste limiar conceitual. A teoria de Boltanski (1983) sobre as classes sociais e o corpo fala efetivamente, das regras de comportamento, às quais o indivíduo deve dobrar-se para acomodar-se aos princípios da "medicina preventiva". A medicina preventiva requer dos agentes sociais uma conduta racional frente à doença que, reinserida a título de eventualidade possível num plano de vida, pode ser dominada ou sobrepujada pela previsão a longo prazo, que ao ser articulado enfrenta um conflito de concepção entre classes sociais. Segundo o autor, para as classes populares a doença tem uma história, um começo muitas vezes invisível, uma evolução, um fim, conseqüências. Distintamente, os membros das classes superiores adotam em relação à doença uma atitude de previsão seja porque buscam, no presente, os sinais precursores de doenças que ainda não se manifestaram, seja porque se submetem a um certo número de regras que visam preservá-los de serem atingidos pela doença.

O desenvolvimento das reflexões acerca da triagem neonatal para doenças genéticas no sistema público de saúde feita neste trabalho embasa-se teoricamente neste pressuposto, donde a informação genética emerge num campo árido de conhecimento científico (o popular), e compele à necessidade de apreensão de

termos biomédicos complexos, que dificultam a compreensão da mensagem que quer ser transmitida (DINIZ e GUEDES, 2003), expondo um processo impositivo de lógicas de uma classe social à outra.

Este balizamento teórico entre o que dá sentido às Ciências Sociais e o que dá sentido às Ciências Biológicas é extremamente oportuno e necessário, pois é nesta interface que a triagem neonatal atua. A ação de triagem neonatal necessita da articulação simultânea de ambos referenciais para ser compreendida, assimilada e vivenciada em sua plenitude conceitual.

3.3 PROCESSO COMUNICACIONAL

Tendo em vista que as representações sociais possam estar sendo construídas a partir de distorções no âmbito comunicacional, julgou-se relevante desenvolver um referencial teórico acerca deste processo, de modo a dar suporte às ações que se pretendem para a qualificação do programa de triagem neonatal no estado. Como por exemplo, a implementação de um centro de estudos que vise à capacitação de profissionais de nível médio em educação genética e a qualificação dos processos de comunicação entre domínios. Não se pretendeu percorrer referenciais de todo o vasto campo da Educação e da Comunicação, mas julgou-se pertinente discorrer sobre o que será apropriado de cada um deles para o propósito deste estudo.

A Educação entra neste estudo com a metodologia andragógica (educação de adultos) em combinação com a análise social da práxis biomédica e as premissas freireanas que estabelecem a atuação reflexiva junto ao processo de aprendizagem.

Knowles (1973) indica que, em situações de aprendizagem, os adultos diferenciam-se de crianças e jovens, principalmente em relação ao autoconceito, experiência, prontidão, perspectiva temporal e orientação de aprendizagem. A prática da Andragogia deve orientar-se para capitalizar todos os aspectos relevantes e atender as necessidades e feições diferenciadas do adulto como aprendiz. A situação de aprendizagem embasada por esta teoria, requer relações horizontais, paritárias, entre coordenador/facilitador e aprendizes, como sócios e colaboradores de um empreendimento conjunto, em que os esforços de todos serão somados ao invés de relações verticais tipo “superior-inferior” que acontece no ambiente usual de

ensino. A tecnologia andragógica utiliza a motivação e a experiência dos aprendizes adultos como molas principais. As experiências de cada um podem servir para o processo de aprendizagem do outro (MOSCOVICI, 1975).

Paulo Freire (1994) entende que as implicações políticas da educação de adultos excedem aquelas metodologias de instrução formal, definindo que programas de educação de adultos, do ponto de vista da filosofia educacional, são mais ligados às necessidades da comunidade e mais sensíveis às suas pressões do que a instrução formal. Segundo a perspectiva de Freire, a educação, como ação cultural, é relacionada ao processo de consciência crítica e, como educação problematizadora, objetiva ser um instrumento de organização política do oprimido. Para o autor, essa tomada de consciência, no entanto, não é ainda a consciência crítica. Há a intensidade da tomada de consciência isto é, o desenvolvimento crítico da tomada de consciência. Por essa razão, a consciência crítica implica em ultrapassar a esfera espontânea da apreensão da realidade para uma posição crítica. Através dessa crítica, a realidade passa a ser um conhecido objeto dentro do qual o homem assume uma posição epistemológica: homem procurando conhecimento. Consciência crítica não significa confrontar-se com a realidade, assumindo uma falsa posição intelectual, que é 'intelectualista'. Consciência crítica não pode existir fora da práxis, isto é, fora do processo ação-reflexão. Não existe consciência crítica sem comprometimento histórico. Portanto, consciência crítica significa consciência histórica. Assim, segundo Freire, educação implica no ato do conhecer entre sujeitos conhecedores, e conscientização é ao mesmo tempo uma possibilidade lógica e um processo histórico ligando teoria com práxis numa unidade indissolúvel. Em termos educacionais, a proposta de Freire é uma proposta antiautoritária apesar de pedagogia dirigente, onde professores e alunos ensinam e aprendem juntos. Partindo-se do princípio que educação é um ato de saber, professor-aluno e aluno-professor devem engajar-se num diálogo permanente caracterizado por seu "relacionamento horizontal", que não exclui desequilíbrios de poder ou diferenças de experiências e conhecimentos. Não existe um conhecimento "discursivo", mas um conhecimento começando das experiências diárias e contraditórias de professores-alunos/alunos-professores.

Ao processo comunicacional chamar-se-á Schermerhorn, Hunt e Osbor (1999) com a definição de comunicação organizacional. Para estes autores, comunicação organizacional é o processo específico segundo o qual a informação

se movimenta e é trocada através da organização, e entre a organização e seu ambiente. Os fluxos de informação fluem, segundo eles, tanto pela estrutura formal quanto pela estrutura informal, e numa direção ascendente, descendente e lateral e delas dependentes para funcionar eficazmente.

Sendo os mesmo autores, grupos de interação com redes de comunicação descentralizada tendem a funcionar bem em tarefas complexas; grupos co-atuantes com redes centralizadas podem funcionar bem em tarefas simples; redes de comunicação restritas são comuns em grupos contra-atuantes, envolvendo desacertos entre subgrupos. Também dizem que dentre as questões atuais e controvérsias na comunicação organizacional, temos as diferenças de estilo de comunicação por sexo e preocupação sobre a privacidade e correção política.

Zarifian (In: DAVEL E VERGARA, 2001) escreve que a subjetividade das pessoas interfere nos processos comunicacionais, e discorre dizendo que cada sujeito que se engaja numa comunicação autêntica³, já possui certo senso daquilo que ele compreende fazer, em face de um evento ou diante da elucidação de um serviço a produzir. No entanto, segundo o autor, esse sentido é colocado em jogo e transformado no curso da comunicação, não somente pelos intercâmbios de pontos de vista que se operam durante essa atividade comunicacional, mas também pela explicitação das necessidades comuns com as quais os sujeitos são confrontados e das quais devem, juntos, apropriar-se, em termos de pensamento e ação. Para o mesmo autor, entende-se por “sentido” a apropriação subjetiva que um indivíduo realiza, da maneira pela qual ele orienta, a partir daí, o curso de seus pensamentos e ações e, portanto, pela qual ele empreende sua própria mudança, em face dos eventos e aos problemas que tenham desestabilizado e questionado a situação preexistente. O “sentido” consiste na reelaboração, subjetiva e prática do evento com o qual o indivíduo se confronta. Esse sentido torna-se coletivo, uma vez que a comunicação o instale ou o exprima como tal. A dimensão reflexiva do sentido supõe sempre a expressão de uma dimensão individual.

A comunicação precisa ser considerada, não como um processo que ocorre entre o transmissor e qualquer recipiente potencial, mas relativamente ao sistema social em que tem lugar e à determinada função que desempenha no sistema. Os

3 Comunicação autêntica, na atividade profissional, é um processo pelo qual se instaura uma compreensão recíproca e se forma um sentido compartilhado, resultando em um entendimento sobre as ações que os sujeitos envolvidos são levados a assumir conjuntamente ou de maneira convergente (ZARIFIAN In: DAVEL e VERGARA, 2001).

princípios gerais de comunicação, como um processo socio-psicológico, são bons; eles estabelecem limites dentro dos quais devemos operar. Porém, segundo os autores, precisam ser suplementados por uma análise do sistema social para que possam ser corretamente aplicados a determinadas situações (KATZ e KAHN,1973).

4 MÉTODO

O presente trabalho constitui-se numa pesquisa quantitativa e qualitativa representativa da realidade de triagem neonatal no universo da ABS/RS.

Usou-se de metodologia quantitativa para permitir que a pesquisa pudesse extrapolar objetivos meramente acadêmicos e, que os dados pudessem constituir-se em ferramentas de trabalho efetivo para a qualificação do processo de triagem neonatal, haja vista, que eles se expressam dentro de uma esfera eminentemente articulada pela metodologia quantitativa, que dá sentido às ações em saúde, proposta pelo modelo biomédico.

A metodologia qualitativa foi utilizada na avaliação das representações sociais dos profissionais, à medida que estas revelam o que dá sentido à prática das pessoas envolvidas no processo.

4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo propôs um mapeamento da realidade da prática do programa de triagem neonatal no RS. Para que ela se mostrasse em sua diversidade na rede pública de saúde, e não podendo ser totalmente compreensivo em se tratando de profissões em saúde, optou-se por contemplar a visão dos profissionais de enfermagem da ABS/RS de todos os municípios gaúchos, que é a categoria que efetivamente acompanha o cotidiano da atenção básica em saúde nas municipalidades.

Sabe-se que a fundamentação teórica de um estudo para analisar representações sociais define a entrevista, a conversa entre pesquisador e pesquisado, como instrumento de captação das mesmas. Diante da proposta de estudo e das limitações impostas pela abrangência pretendida, as entrevistas com o profissional-alvo ficaram inviabilizadas. Optou-se por um questionário com questões fechadas e abertas, que pudesse ser distribuído e devolvido com respostas através da rede de coleta estadual do teste do pezinho, com custo mínimo e ainda assim, corresponder aos propósitos do estudo.

4.2 COLETA DE DADOS

Esta pesquisa foi introduzida por uma carta de apresentação⁴ que explicou os motivos e pretensões da mesma e usou da instrumentação de um questionário⁵. As perguntas (teor, qualidade, formato, abordagem) foram definidas, após a realização de um questionário-piloto dirigido ao município de Gravataí e seus nove postos de saúde, no mês de dezembro de 2005. A avaliação das respostas e a avaliação da pertinência das perguntas, frente ao propósito do estudo, foi realizada em janeiro de 2006.

O instrumento contemplou questões objetivas e dissertativas. Houve a solicitação da identificação da coordenadoria a qual pertencia o município de origem, a profissão, sexo e a idade do informante. Preservar a identidade do informante foi uma posição tomada para evitar constrangimentos ou qualquer forma de intimidação às respostas.

A versão final do questionário foi distribuída através do setor de expedição de resultados do NATNEO, na modalidade correios, portador e malote. Esta distribuição aconteceu na última semana de janeiro e primeira semana de fevereiro de 2006. A recepção das respostas foi encerrada em 31 de março de 2006.

4.3 UNIVERSO DE ESTUDO

Para atender aos objetivos geral e específico desta monografia, realizou-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa no universo de ação da triagem neonatal no sistema público de saúde do estado do Rio Grande do Sul, ou seja, 495 municípios e 962 postos de atendimento de atenção básica (UBS e PSF's) cadastrados, integrantes das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS's) do estado, que utilizam os serviços da UFRGS/FacFar/NATNEO conveniada à SMS/ SRTN/HMIPV-POA. O município de Caxias do Sul não possui cadastro no sistema, pois realiza o teste no próprio município. Os municípios de Santo Antônio da Patrulha, Caraá e Itaara estão cadastrados, mas não enviaram amostras no ano de 2005. Estes quatro municípios não integraram a pesquisa.

4 Ver Anexo B – Carta de apresentação

5 Ver Anexo C – Instrumento de pesquisa.

O universo do estudo foi representado por 536 questionários respondidos, oriundos das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde⁶ com uma expressiva representação das seis primeiras CRS's, seguidas da 10^a, 16^a e 18^a CRS (figura 1).

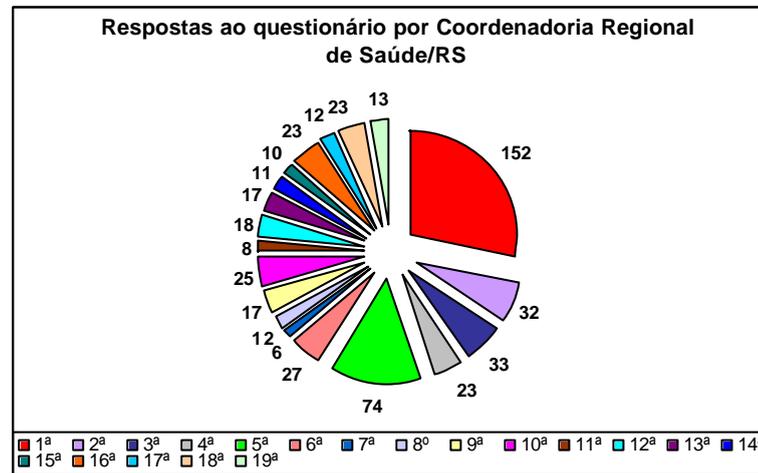


Figura 1 – Representação por Coordenadoria Regional de Saúde/RS

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa foram pessoas envolvidas no processo de triagem neonatal, profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da rede de atenção básica de saúde do RS. Foram distribuídos 962 questionários ao total, e solicitada a reprodução do instrumento para tantos profissionais de enfermagem quantos desejassem responder às perguntas.

Este estudo recebeu e representará as respostas de 202 enfermeiras(os) (38%), de 192 técnicas(os) de enfermagem (36%), e de 114 auxiliares de enfermagem (21%), no total de 536 questionários respondidos. Em 24 (5%) questionários não houve a identificação da profissão (figura 2).

⁶ Ver Anexo D – Mapa da distribuição dos municípios do RS por Coordenadorias Regionais de Saúde e macroregiões.

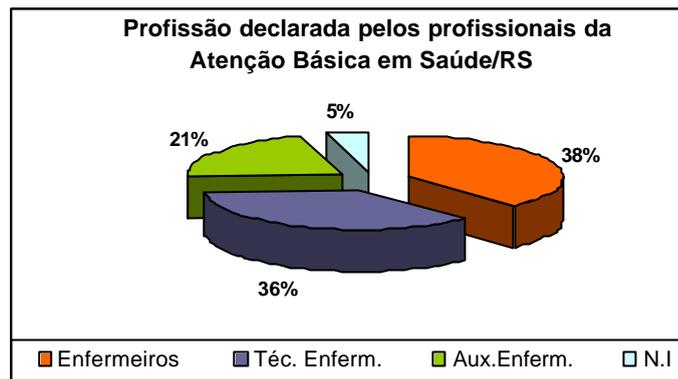


Figura 2 – Profissão declarada pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde/RS

As respostas privilegiaram majoritariamente a visão feminina sobre a triagem neonatal no estado, já que somente 31 profissionais declararam ser do sexo masculino (figura 3). 31 informantes não responderam esta solicitação.

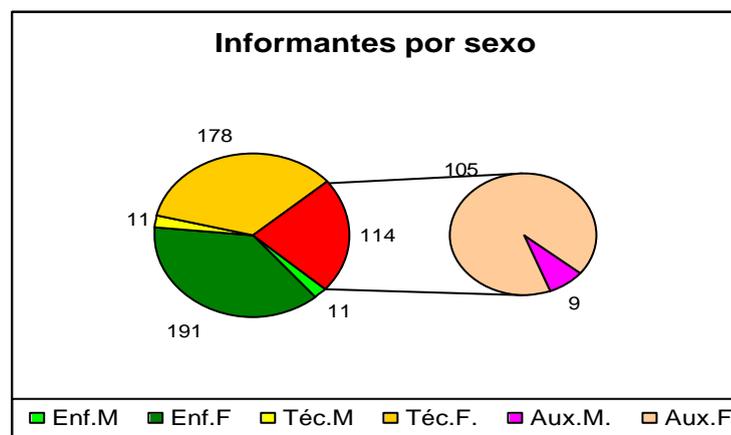


Figura 3 – Sexo dos informantes

A faixa etária preponderante da pesquisa situa-se entre 20 e 40 anos de idade, representando praticamente o dobro dos informantes com idade acima de 40 anos de idade (figura 4).

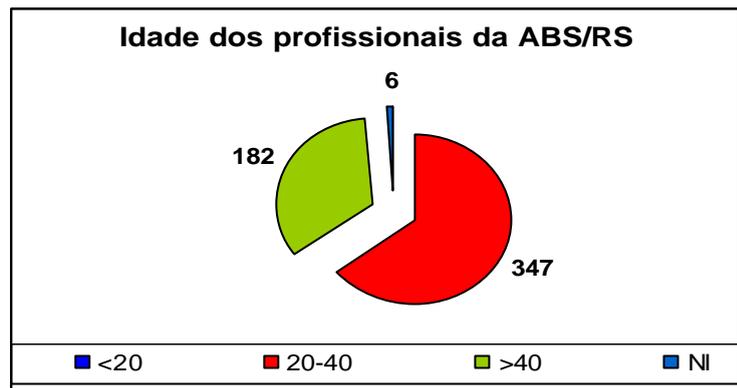


Figura 4 – Idade dos profissionais da ABS/RS

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste trabalho foram analisados de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin (1979) quando este diz que não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, ou com maior rigor, um único instrumento marcado por grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Os dados quantitativos não foram analisados estatisticamente, pois não se consolidava num objetivo do estudo. Foram tabulados em planilha Excel e representados graficamente.

Os dados qualitativos provenientes das respostas escritas foram categorizados e analisados à luz da bibliografia pertinente.

5 A PERCEPÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO RS

5.1 A TERMINOLOGIA USADA PELOS PROFISSIONAIS

No meio científico e em todas as referências nacionais e internacionais utiliza-se o termo triagem neonatal para este tipo de abordagem ao recém nascido, que tem por objetivo o rastreamento precoce de doenças que têm tratamento, com o propósito de evitar a morbidade das enfermidades. Teste do pezinho é uma apropriação popular brasileira ao termo triagem neonatal, provavelmente devido ao local de onde é preconizada a coleta da amostra de sangue, o calcanhar do recém nascido (BRASIL,2004).

A primeira pergunta realizada aos profissionais-alvos desta pesquisa foi exatamente o que lhes representavam os termos triagem neonatal e teste do pezinho. Dos 536 profissionais que responderam o questionário, 227 (42,3%) responderam que os termos significavam a mesma coisa; 219 (40,8%) responderam que significavam coisas distintas; 69 (12,9%) responderam que entendiam o que significava teste do pezinho, mas não entendiam o que era triagem neonatal e 21 profissionais (3,9%) não responderam (figura 5).

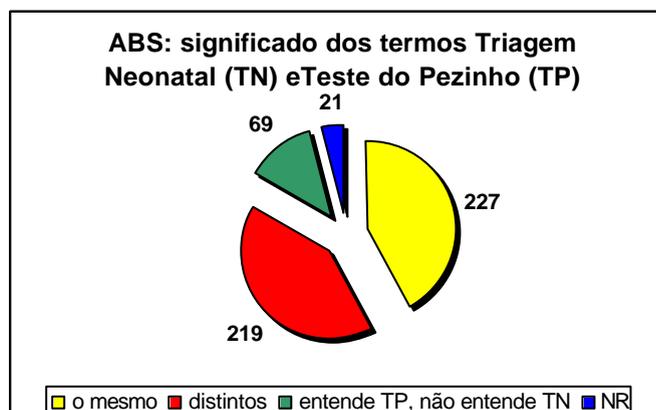


Figura 5 – O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para os profissionais da enfermagem na atenção básica em saúde(ABS/RS)

Para observar se esta representação está presente nas três categorias profissionais entrevistadas, separaram-se as respostas por profissão. Na categoria enfermeiras (os), 85 (42%) responderam que triagem neonatal e teste do pezinho significavam a mesma coisa (A); 87 enfermeiras(os) (43%) marcaram que os

termos são distintos (B), 20 (10%) responderam que entendiam o que é o teste, mas não entendiam o que era triagem neonatal (C) e 11(5%) deixaram de responder (F) (figura 6).

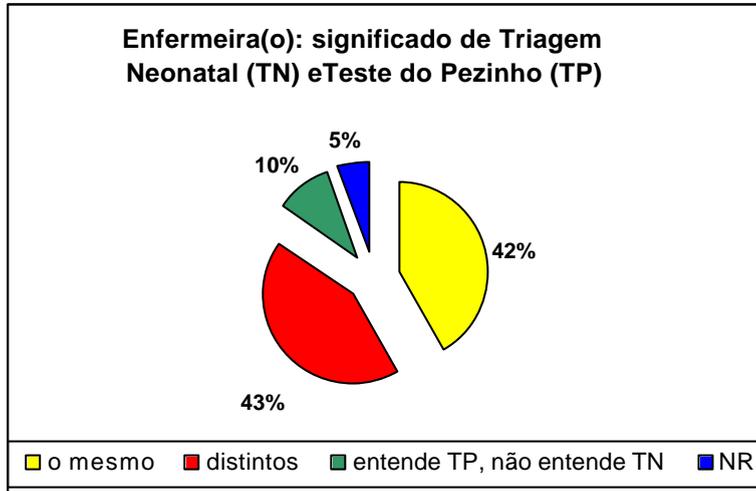


Figura 6 – O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para enfermeiras (os)

Dentre as 194 respostas dos técnicos de enfermagem, 38 % escolheram a opção que dizia que triagem neonatal e teste do pezinho eram a mesma coisa, 44% dos técnicos responderam que os termos eram coisas distintas, 14% entendiam o que era teste do pezinho, mas não entendiam o que era triagem neonatal e 4% não responderam (figura 7).

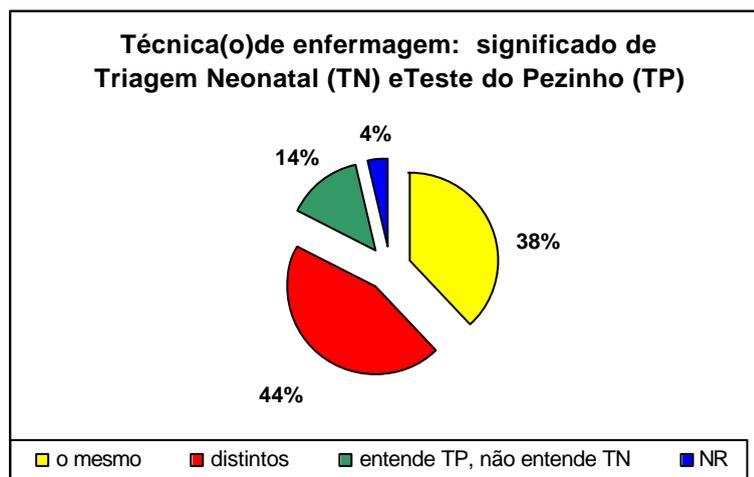


Figura 7- O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para técnicas(os) de enfermagem

Dos 114 auxiliares que responderam a mesma questão, 47% escolheram que triagem neonatal e teste do pezinho significavam a mesma coisa, enquanto que 32% responderam que os termos queriam dizer coisas distintas, 18% disseram que entendiam o que é teste do pezinho e não entendiam o que é triagem neonatal e 3% não responderam (figura 8).

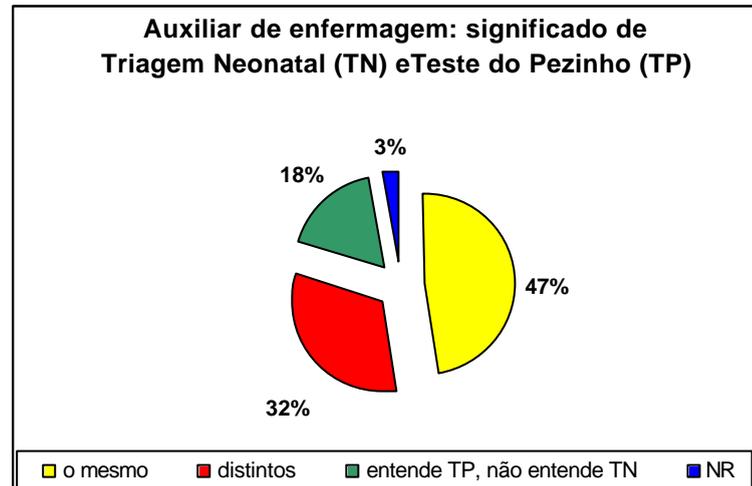


Figura 8 - O significado dos termos triagem neonatal e teste do pezinho para auxiliares de enfermagem

Esta abordagem, como a idéia da triagem neonatal é construída entre os profissionais da rede de atenção básica, traz uma primeira hipótese de que novos processos de comunicação precisam ser construídos para aproximar e igualar as duas terminologias nas representações dos profissionais. Afinal, querem reproduzir a mesma atividade, mas apropriadas em representações distintas, podem em algum momento de comunicação afastar algumas pessoas da compreensão efetiva do mesmo processo, pois é próprio da representação social transformar-se na própria realidade por aqueles que a compartilham (VICTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000).

A constatação de que a maioria dos profissionais reproduz a terminologia apropriada pelo domínio popular, alerta da necessidade de aproximar a este domínio, outras terminologias de uso dominante e usual na área Biomédica, pois é sabido que poucas expressões contam com a fenomenologia de reapropriação lingüística para se fazer compreender no universo popular e profissional da ABS. Isso é especialmente importante nesta atividade que está inserida numa área especializada, predominantemente preenchida por terminologias complexas, que diz respeito às enfermidades menos prevalentes em saúde pública e que têm origem

genética, com discursos explicativos ancorados na lógica da hereditariedade, e o uso deles nunca está livre de subentendidos ou de reticências. Quando os termos não podem ser assimilados à fala comum e carregados de representações familiares, estes termos evocam associações relacionadas com a medicina. O termo tomado da linguagem médica permanece uma palavra estranha que não se integra na fala popular (BOLTANSKI,1989).

5.2 CATEGORIAS IDENTIFICADAS QUANTO À SIGNIFICAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO

Avançando na proposta de reconhecer, além das terminologias, também a relação dos profissionais entrevistados com o modelo teórico (conceitual) de sustentação a um programa de triagem neonatal⁷, apresentaram-se três categorias que traduziram as distintas representações em torno da ação. Perguntou-se para os profissionais de saúde, se para o bebê, o exame seria igual ou diferente dos outros exames e solicitou-se que eles expressassem em suas palavras uma breve explicação à resposta dada. A ambigüidade da pergunta, em não deixar claro se igual ou diferente comparado a que outro procedimento, foi proposital para permitir o acesso indireto às representações que pudessem surgir à cosmologia da palavra exame. Encontraram-se três categorias principais entre as respostas escritas, não foram consideradas aquelas em que o profissional apenas marcou a alternativa de resposta objetiva e nada escreveu como justificativa.

Categoria 1: Diagnóstico precoce/tratamento disponível/ evitar seqüelas graves de doenças

Esta noção aparece majoritariamente representada nos depoimentos. Na maioria das vezes não consegue ser articulada completamente, aparece como conceito fragmentado, enfraquecendo o princípio e a lógica da ação:

7 O termo triagem neonatal define em saúde pública, a detecção precoce, através de testes aplicados em uma população, no período neonatal, de indivíduos portadores de patologias graves, cujas seqüelas neurológicas, físicas ou metabólicas podem ser prevenidas submetendo o recém nascido ao tratamento clínico adequado (BRASIL, 2004).

É diferente dos outros exames, pois irá diagnosticar precocemente doenças que poderão deixá-lo (o bebê) com seqüelas. (Téc. Enf.)

Acho que para o bebê é um exame diferente porque esse irá detectar precocemente doenças que são possíveis tratar e garantir sua qualidade de vida. (Enf.)

Porque diagnostica doenças. (Aux.Enf)

Através do teste do pezinho você poderá identificar doenças e diagnosticar o tratamento que por análise clínica é impossível diagnosticar. (Téc. Enf.)

É um exame diferente, pois é um exame de rotina que deve ser feito logo ao nascer porque Detecta se o bebê vai ou não desenvolver tais doenças e podem ser evitadas. (Enf.)

Porque as doenças diagnosticadas têm um prazo das primeiras semanas, quanto mais tarde piores para ser tratadas e com perigo de aparecer problemas neurológicos entre outros, irreversíveis. (Enf.)

Descobrir em tempo, para tratar o problema. (Téc. Enf.)

Porque ele pode detectar a doença. O bebê pode ser curado em tempo hábil. (Téc.Enf.)

Aparecem ainda, articulações que revelam sutilmente o reconhecimento de uma inversão na lógica dominante do sistema biomédico para processos de saúde/doença, sinalizando uma das características de programas de rastreamento populacional, a compulsoriedade:

É diferente porque tem um período para ser feito. E por ser de rotina/obrigatório, detecta doenças precocemente para posterior tratamento e quando detectadas no início tem baixa probabilidade de seqüelas. Enquanto os outros exames são realizados através de pedido médico. (Enf.)

Porque todos os exames que serão pedidos nesta faixa etária serão para diagnosticar precocemente alguma patologia, com a diferença que o teste do pezinho é feito sem qualquer solicitação especial (indiscriminadamente). (N.I)

Ele detecta antes do bebê adoecer, esta é a grande relevância deste teste. (Enf.)

Categoria 2: Prevenção/ o teste detecta doenças preveníveis / patologias que podem ser revertidas

O conceito de prevenção de doenças aparece em muitos depoimentos, articulado muitas vezes aderido aos de precocidade, tratamento e seqüelas. Percebe-se uma reprodução do discurso presente no modelo de medicina preventiva, muito atual e emergente por ocasião da penetração do programa social e de família nos municípios, onde a tônica dos discursos da prevenção de doenças é muito forte:

É um exame que detecta doenças precocemente, prevenção. (Enf.)
 Ele visa a detecção precoce de doenças preveníveis. (Enf.)
 Pois num simples teste pode-se prevenir e encaminhar ao tratamento. (Téc. Enf.)
 Vai detectar precocemente alguma patologia e que pode ser revertida. (Enf.)
 É um exame diferente porque pode prevenir determinados problemas futuros. (Enf.)
 Prevenção é o caminho para a resolutividade nas ações de saúde. (Enf.)
 Pois poderá evitar doenças irreversíveis, as quais deverão ser tratadas adequadamente. (Enf.)
 Porque o teste do pezinho serve para detectar e prevenir possíveis doenças, principalmente preveni-las. (Aux. Enf.)
 Ele traça toda a futura vida da criança. Se ela não fizer o teste não irá ter como se curar se caso o teste der positivo. (Enf.)

Categoria 3: Exame dolorido / traumático/stressante para o bebê / invasivo

Na contramão do discurso professado pelo programa, “o teste do pezinho é um exame simples, não traumático, de fácil execução”, aparece de forma significativa nas representações sociais do profissional atuante na ABS a categoria “cuidado”, “fragilidade”, “dor”, “invasivo”, sugerindo a dúvida se o bebê devesse ser submetido a este procedimento num momento tão delicado de sua existência e quando parece tão frágil e saudável, concorrendo com a idéia do alcance do programa em sua mais básica concepção.

A coleta é dolorosa e traumatizante. (Enf.)
 O bebê acha que está sendo agredido. (Téc. Enf.)
 É uma invasão (agressão) ao corpo biológico porque retira seu sangue. (Téc. Enf.)
 Pois é retirado o sangue de uma região muscular (pé), o qual deve ser mais dolorido. (Enf.)
 É diferente por ser mais traumático, acho que é um exame doloroso para o bebê. Acho que deveria ter outra forma melhor de colher o sangue, mas o considero importante por mudar o trajeto de sua vida, ou melhor, de sua doença. (Enf.)
 Diferente porque necessita furar o pé. (Enf.)
 Causa dor e desconforto. (Téc. Enf.)
 Porque é estressante para o bebê no sentido da massagem que precisa ser feita. (Téc. Enf.)
 Exame que requer delicadeza na coleta. (Téc. Enf.)
 Diferente por ser retirado o sangue do pé. (Enf.)
 Porque o bebê vai sentir a picada da lancinha, igual à picada de agulha. (Téc. Enf.)
 É diferente porque o bebê é muito novinho, tem poucos dias de vida, e acho que é muito dolorido. (Téc. Enf.)

É um exame invasivo. (Enf.)

É um exame diferente por ser coletado justo no pezinho, pois parece ser dolorido e os pais ficam aflitos com a coleta e ansiosos pelo resultado. (Enf.)

Trazer ao sistema público de saúde um programa de testagem populacional para doenças genéticas e metabólicas impõe desafios crescentes às diferentes esferas de atuação, seja de gestão ou de serviços. O grande desafio fica por conta da concepção teórica que suporta a ação de triagem neonatal: a prevenção das seqüelas inerentes ao distúrbio através da intervenção precoce. Em não prevenindo a doença, não se acomoda nos princípios da medicina preventiva⁸. Não proporcionando a cura, não se enquadra no modelo de medicina curativa. Neste impasse, a articulação do modelo fica sem referencial, mesclando-se ora a um e ora a outro à medida que os discursos explicativos se fazem necessários pelos profissionais de saúde. A articulação dos conceitos saúde/doença⁹ clássicos não dão sentido ao que acontece com um indivíduo rastreado pelo programa: não têm saúde, se entendemos saúde como ausência de doença; e não é um doente já que com tratamento previnem-se os agravos da situação.

Será a educação genética para o sistema público de saúde que dará conta deste referencial. Mas qualquer iniciativa neste campo haverá de discutir as premissas e os valores morais associados através da Bioética. Segundo Diniz (2005), a nova genética caracteriza-se por tensões entre políticas de prevenção para doenças e políticas de promoção de direitos fundamentais, pois, ao mesmo tempo em que visa diminuir a incidência de doenças na população, compromete-se com princípios éticos tais como autonomia reprodutiva e o pluralismo moral.

Na prática, a triagem neonatal precipita a necessidade de articulação dos conhecimentos sobre genética em outro domínio. Conhecimentos até então de domínio da academia, de profissionais especializados e população dirigida, passam a circular na esfera de saúde pública em larga escala, impondo os desafios

8 Para Arouca a medicina preventiva representa um movimento ideológico que parte da crítica da prática médica e propõe uma mudança baseada na transformação da atitude para com o paciente, sua família e a comunidade. Segundo o mesmo autor, a medicina curativa deve ser suplantada por ser ineficiente, pois é centrada na terapêutica e descuida-se da prevenção da ocorrência, o que leva ao encarecimento da atenção médica e a torna irracional e por isso ineficiente, além de instrumental e redutora, biologizante, elitista e deformadora da profissão médica (AROUCA, 2005).

9 Conceitos de saúde /doença propostos pela Organização Mundial da Saúde.

destacados. À medida que os novos conceitos advindos da prática venham a ser apropriados e articulados pelos profissionais de saúde e também dos usuários da atenção básica de saúde, teremos uma compreensão mais eficaz da proposta do programa.

Porque vai estudar mais profundo os problemas que podem ocorrer mais tarde no futuro do bebê (N.I)

Tem o objetivo de detectar precocemente erros inatos do metabolismo responsáveis por diversas doenças que podem causar lesões irreversíveis. (Enf.)

Porque o objetivo deste exame é para prevenção de doenças genéticas, que são bem mais complexas. (Aux. Enf.)

5.3 LÓGICAS ACIONADAS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Embora se fale em triagem neonatal no Brasil desde os anos de 1990 através do Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁰ e da Portaria GM/MS nº 22 de janeiro de 1992 que definiu Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito como as patologias a serem triadas em um recém nascido, e ainda mais intensamente agora depois da Portaria MS nº 822 de junho de 2001 que instituiu o PNTN, nota-se que alguns paradigmas em relação ao programa de rastreamento neonatal ainda carecem de ampla discussão e divulgação.

Esta pesquisa propôs-se a verificar a reprodução da lógica que ampara a ação de triagem neonatal, isto é, ser um programa que na prática modifica a acessibilidade do usuário ao sistema de saúde. Por ser de iniciativa da esfera governamental (MS, SES, SMS), estar disponibilizado em todas as unidades básicas de saúde sem custos ao usuário, encaminhar o recém nascido com patologia ao sistema de média complexidade e assistência hospitalar complementar e garantir acesso aos medicamentos excepcionais para seu tratamento, o programa propõe uma inversão da lógica na procura dos serviços. Em termos bem didáticos e simplistas, cabe ao sistema de saúde procurar o doente e oferecer-lhe todo o encaminhamento pré-estabelecido, que provê o diagnóstico, médico especialista e tratamento disponível, ao longo de sua vida.

10 Lei Federal nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente, que no seu art. 10 item III, prevê o diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém nascido, dentre outras providências.

A percepção deste diferencial em saúde já consegue uma reprodução efetiva entre os profissionais entrevistados na rede de atenção básica do RS, como ficou evidenciado nas respostas ao questionário, mas, ainda não é unanimidade. Sendo assim, elencaram-se duas categorias presentes no universo desta ação no estado, em se tratando da lógica acionada pelos referidos profissionais nesta ação:

Categoria 1: Articulação da lógica dominante estabelecida no contexto de saúde pública (o doente procura o sistema de saúde) / modelo hierárquico para a tomada de decisões.

O teste do pezinho de seu filho deu resultado alterado. Você precisa procurar o mais breve possível o Pediatra do seu filho, e fazer novo exame. (Enf.)

Nunca deu um alterado aqui. Quando der procuro orientações do que fazer. (Enf.)

Nunca aconteceu isso em nossa unidade de saúde. Porém se caso acontecesse, pediria ao médico e ao bioquímico conversar com a família, para a melhor compreensão dos mesmos. (Aux.Enf.)

Categoria 2: Articulação da lógica dominante invertida (o sistema de saúde procura o doente) / modelo com decisões, orientações pré-estabelecidas / processo de decisão deslocado

O laboratório nos ligou dizendo que o teste do pezinho que seu filho fez teve pequena alteração e que eles já marcaram uma consulta em Porto Alegre para fazer novos exames. Vocês não terão nenhum gasto, é a Secretaria de Saúde que levará vocês.(Enf.)

Que tem consulta marcada com especialista, o qual vai solicitar novos exames para confirmar ou não o diagnóstico, sendo muito importante que compareça á consulta marcada em Porto Alegre. (Téc. Enf.)

Explico que o teste do pezinho deu alteração e que terão que consultar e fazer novos exames em POA no HPV. Falo que a SMSMA vai prestar toda a assistência se necessário, inclusive com o transporte para a família. (Ass. Social)

Percebe-se que o uso de uma lógica ou de outra depende da racionalização ao trabalho feita individualmente pelo profissional envolvido na ação, conquistado pela experiência e prática, ou imposto pela hierarquização local privilegiando a racionalidade científica (médico/enfermeira/técnicos/auxiliares).

Uma indefinição na articulação pertinente ao programa por gestores quando da implantação deste nas municipalidades, além de não deixar claro para os profissionais da área da enfermagem o que fazer quando dá um alterado no teste do pezinho, solicitam do médico da ABS, orientações e responsabilidades para os quais também não fora anteriormente preparado, podendo gerar informações e atribuições equivocadas de competência em relação ao paciente, em se considerando a autonomia do profissional médico nos processos saúde/doença.

O desafio de alocar uma lógica diferente da lógica dominante, no entanto, não é exclusiva aos profissionais atuantes na atenção básica. Um programa de triagem neonatal põe em discussão a própria práxis da medicina especializada, pois neste tipo de ação, há o deslocamento da responsabilidade em salvaguardar o processo bemestar/ausência de doença, do médico para a família, para a comunidade e em última análise para o sistema social, ocasionando um contraponto em relação ao modelo biomédico exercido atualmente na medicina das especialidades.

Além disso, passa a ser da competência do médico garantir uma efetiva compreensão de seu discurso pela família e conseguir que este discurso tenha a capacidade de se reproduzir na esfera social, onde deverá ser articulado. Esta dinâmica outorga ao profissional médico um papel diferente em relação à família, à medida que deverão se vencer barreiras lingüísticas, diferenças de classe e de Poder auferido ao Saber¹¹ e haver uma negociação compartilhada de conhecimentos. Esta perda subjetiva do lócus profissional, de médico para, diga-se, educador, passa a ser a única garantia do sucesso terapêutico ao paciente. Se a relação médico/paciente e a relação de educador eficaz não acontecer, e o processo de aderência à terapia não for assimilado pela família e pelo seu contexto social, teremos perda de qualquer ganho (efetividade) que possa se haver pretendido com o programa de triagem neonatal àquele paciente. Como não foi intenção deste estudo a abordagem com os profissionais médicos, não irá se avançar nesta idéia proposta, embora seja considerada parte essencial ao processo.

11 Foucault analisa as relação entre poder e saber dizendo-os implicados mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também reciprocamente, todo o saber constitui novas relações de poder (FOUCAULT, 1993).

6 A TRIAGEM NEONATAL PARA ANEMIA FALCIFORME: DESAFIOS EMERGENTES

No RS a triagem para Anemia Falciforme começa no ano de 2000¹². Anterior, portanto, ao PNTN, e traz desde então para a discussão diária no serviço principalmente, na relação com a atenção básica de saúde, tópicos de abordagem e de necessidades que nunca existiram no rastreamento de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, integrantes mais antigos da triagem neonatal. A priori, tanto no rastreamento da fenilcetonúria quanto no de anemia falciforme há o desvendamento, através da análise de sangue, de uma condição hereditária do recém nascido, o que não acontece com o hipotireoidismo congênito que é uma disfunção metabólica. Na prática do diagnóstico laboratorial, no entanto, as duas doenças genéticas se diferenciam.

No ano de 2005 foram rastreados no laboratório especializado, 112904 recém nascidos. Neste ano, 08 bebês receberam diagnóstico clínico de fenilcetonúria (prevalência aproximada de 1:14000) e 12 bebês com doença falciforme (1:9400). Além destes, houve a identificação de 1482 casos de portadores de traço falciforme, cuja prevalência calculada vem a ser de um portador em cada 76 recém nascidos no estado (1:76)¹³.

O resultado para fenilcetonúria aponta apenas indivíduos homocigotos para a condição e estes são encaminhados ao tratamento. Não há “a revelação” nesta análise, dos portadores heterocigotos para fenilcetonúria, que recebem um resultado que não os diferencia em nenhum momento de outros que não o sejam. Os pais de um portador homocigoto de fenilcetonúria recebem as informações de sua condição genética, informação sobre o risco para futuras gestações em caráter de confidencialidade, por ocasião da consulta médica do recém nascido com médico especialista.

Diferentemente, na análise das hemoglobinas para o rastreamento da anemia falciforme, os resultados apontam os portadores homocigotos (chamados doentes falciformes ou com anemia falciforme) e os portadores heterocigotos (chamados traço falciforme). Portadores heterocigotos ou traço falciforme não são alvos deste

12 Decreto Estadual nº 39.860 de 08 de dezembro de 1999 institui a Política Estadual de Controle à Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias - PECAF.

13 Fonte: UFRGS/FACFAR/NATNEO/2005

programa, mas uma vez identificados pelas técnicas de laboratório, eles são informados da condição. Seguindo os critérios de operacionalidade do programa em nosso estado, a família do portador heterozigoto (traço falciforme) é solicitada a coletar sangue para a realização do exame para detecção de hemoglobinas. Esta família, uma vez liberados os resultados do padrão hemoglobínico pelo laboratório (Recém Nascido, Mãe e Pai), é encaminhada para aconselhamento familiar com médico especialista no SRTN/RS, onde será orientada e esclarecida sobre os aspectos pertinentes à situação.

Escolheu-se, assim, pesquisar entre os profissionais de saúde exatamente qual a repercussão e qual a representação social do resultado de traço falciforme no contexto em questão, já que em termos absolutos, é a condição mais freqüentemente informada pelo programa estadual de triagem neonatal, mesmo não sintetizando o propósito deste. Para avaliar em que medida os profissionais de enfermagem da rede ABS/RS compreendiam esta situação, perguntou-se especificamente: você sabe a diferença entre um diagnóstico de traço falciforme e anemia falciforme?

Dentre os 536 questionários recebidos, 36% das pessoas responderam que sabem qual a diferença, 12% responderam que não sabem, 31% que gostariam de saber, 2% responderam que quer dizer a mesma coisa, 16% responderam que os dois diagnósticos são de doença no sangue do bebê, 3% não responderam (figura 9).

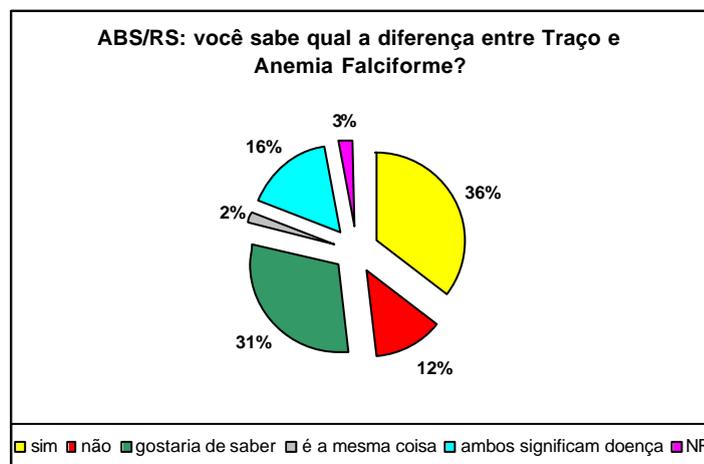


Figura 9 – A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme pelos profissionais de enfermagem da atenção básica em saúde (ABS /RS)

Para verificar se este padrão de respostas se reproduziria entre diferentes níveis de conhecimento, individualizaram-se os dados por profissão. Constatou-se que em todas as categorias profissionais existe a reprodução da tendência reproduzida pelo quadro geral, com um ligeiro incremento na porcentagem de enfermeiras que dizem saber da diferença entre o diagnóstico de traço e anemia falciforme (figura 10). Na categoria dos técnicos de enfermagem ficou realçada a opção “gostaria de saber” (figura 11) e entre a categoria dos auxiliares de enfermagem houve um incremento da resposta que propõe a igualdade entre traço e anemia falciforme (figura 12).

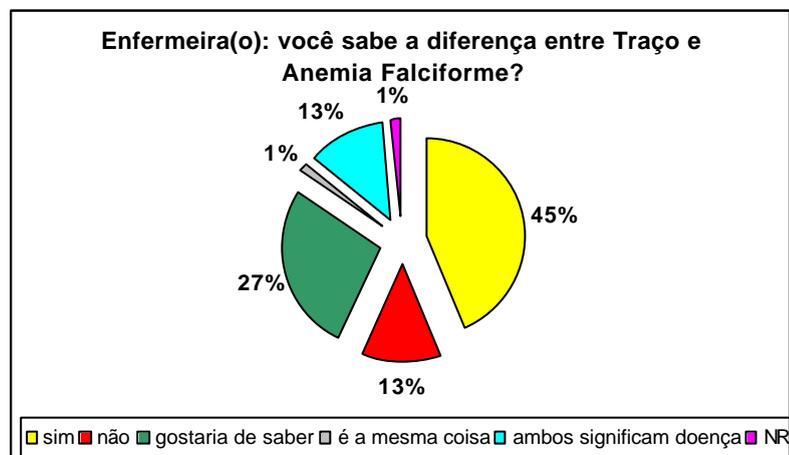


Figura 10 - A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme por enfermeiras(os) da ABS/RS

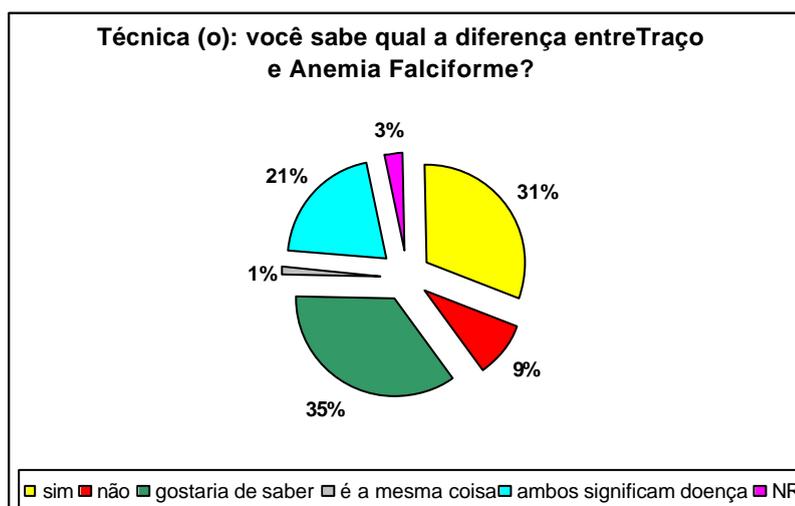


Figura 11 - A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme por técnicas(os) de enfermagem da ABS/RS

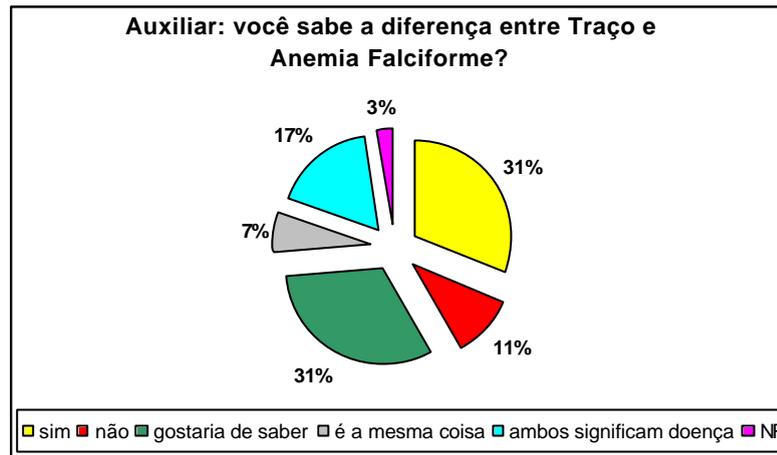


Figura 12 - A diferenciação entre traço falciforme e doença falciforme por auxiliares de enfermagem da ABS/RS

Os dados quantitativos apresentam a dificuldade da diferenciação entre as duas condições (portador heterozigoto e portador homozigoto) pelos profissionais que responderam à pesquisa. Considerando que a primeira alternativa é a única que representa a afirmação do conhecimento da diferenciação de ambas, e que as outras representam negativas, situação de desconhecimento ou a igualdade entre as condições de traço e de doença, pode-se dizer que a diferenciação entre ambas terminologias não fica clara para aproximadamente 2/3 do universo explorado.

Esta representação, possivelmente, reflete a própria práxis diagnóstica em que está inserida, na medida em que dá repercussão para uma característica extremamente prevalente em nossa população, que poderia ficar, a exemplo da fenilcetonúria, reservada à esfera familiar.

Talvez o momento em que o portador heterozigoto (traço falciforme) ganhe amplitude e ressignificação seja na solicitação de coleta de sangue dos pais à rede de atenção básica de saúde. Além de trazer à tona desafios éticos, naturalizados pela prática, como a revelação da característica genética dos pais e muitas vezes situações de falsa paternidade¹⁴, a ação potencializa o impacto da condição (em que outro exame clínico existe a necessidade de “confirmação” nos pais?), transformando o portador de traço falciforme (sem significação clínica) em um

¹⁴ Atendidos em um ambulatório especificamente criado para esta abordagem no SRTN/HMIPV-POA.

doente, causa um descompasso nas comunicações e nas expectativas entre as esferas de trabalho envolvidas.

Para lançar luz a este momento de ressignificação do traço falciforme, analisou-se as repostas dissertativas, que em teoria corroboram percepções já consideradas pela pesquisa de Diniz¹⁵, e refletem a representação social da rede de serviços da atenção básica em saúde do Rio Grande do Sul quanto á significância do portador heterozigoto de anemia falciforme.

Categoria 1: ressignificação do traço falciforme:

Que é uma alteração também no sangue, que pode causar problemas neurológicos. (Enf.)

Traço é uma doença que não dá sintomas (Téc. Enf.)

O traço ainda não é uma doença e sim uma indicação de que deva ser investigada mais profundamente. (Enf.)

Traço é um estado de portador da doença. É um tipo benigno de anemia falciforme. (Enf.)

Traço possui um cromossomo alterado, procuro explicar com desenhos. (Enf.)

È preciso coletar nos pais para confirmação do diagnóstico do bebê e tratamento do traço que o exame do bebê apresentou um pequeno problema e temos que ver o tipo de tratamento a seguir (Aux.Enf.)

Que é uma forma menos grave que a anemia falciforme, porém também requer tratamento e acompanhamento por apresentar sintomas, que são pequenos e poucos traços diferentes dentro da célula. (Enf.)

Afirmo que não é uma doença, apenas o traço, mas que é importante a investigação dos pais para ter um diagnóstico e prevenção de seqüelas que poderão surgir.(Téc.Enf.)

Esta categoria de representações de algo que não é doença, mas que poderá vir a ser, por vários motivos, teoricamente ampara-se a uma atitude natural determinada pragmaticamente pelo mundo cotidiano, onde os conhecimentos são assimilados à medida que deles se precise fazer uso. A doença constitui precisamente uma situação-problema, que põe em cheque a atitude natural e exige dos indivíduos medidas normalizadoras, que lhes permita enquadrar a experiência geradora de ruptura em esquemas interpretativos e reintegrá-la, assim à zona não

15 Débora Diniz em seu trabalho de análise ao folheto da ANVISA, "Anemia falciforme: um problema nosso", pondera da possibilidade em confundir traço falciforme com a doença anemia falciforme, como também a existência, dependendo do modelo usado para explicar mecanismos de hereditariedade, da possibilidade de responsabilizar os pais pela doença dos filhos e do papel da bioética no aconselhamento genético reprodutivo quando lida com o conceito de responsabilidade que a informação genética impõe aos futuros pais (DINIZ, 2005).

questionada do mundo da vida cotidiana. Constitui muitas vezes uma situação que revela a insuficiência do conhecimento à mão e, por conseguinte, mobiliza os indivíduos a buscarem novas receitas práticas para explicar e lidar com o problema. Abordar a experiência da doença ou da quase doença, segundo esta concepção, que a vê como um problema a ser resolvido, permite compreender por que o conhecimento que as pessoas têm e relatam acerca da doença é marcado por contradições e vastas zonas de imprecisão: estas refletem o conjunto de experiências por meio do qual tal conhecimento foi e está sendo adquirido. Antes de ser uma questão intelectual sobre a qual é preciso teorizar, a doença é uma questão prática (RABELO, 1999). Não compreendendo ou não sabendo articular informações necessárias sobre mecanismos de herança, o profissional assume a ressignificação da palavra “traço” no sentido literal, que adquire a forma do “quase”, “daquilo que não é, mas poderá ser”, quase que como uma representação intermediária, difusa, incompleta, que não se autoexplica e assim não cria independência em relação à patologia de origem, permanecendo vinculada à doença falciforme.

O mesmo raciocínio pode ser usado quando da comparação do traço falciforme com uma categoria muito comum na medicina e em saúde pública, a anemia ferropriva, com uma articulação comparativa mais direta e próxima de um outro tipo de conhecimento daquele do exemplo anterior.

Quando a gente explica traço, os pais não entendem pensam que é por que a mãe teve anemia durante a gestação. (Téc. Enf.)

Explico que traço não é doença. Pode só dar um tipo de fraqueza, cansaço na criança. (Téc. Enf.)

Categoria 2 idéia de responsabilização/culpabilização por ocasião do exame nos pais

Geralmente falo que é uma herança genética, que não trará dano ao bebê, que não é doença e que é como um sinal de nascença. (Téc. Enf.)

Explico que é um sinal hereditário e que os pais necessitam de coletar sangue para ver de quem é a herança. Após chegar os resultados dos pais explico o resto: que não é doença, que não se usa medicação. (Ass. Social)

Oriento que a criança recebeu uma herança da doença de um dos pais e que precisa ser investigada qual é. (Enf.)

Vamos ter que coletar do pai e da mãe para saber quem tem a doença dos dois, por isso deu alteração no bebê. (Téc. Enf.)

Que o pai e mãe têm um problema congênito que passou para o bebê, deve acompanhar para receber orientações. (Téc. Enf.)

Que é necessário coleta nos pais para confirmar uma “cicatriz”. (Enf.)

Aqui, fica implícito a mesma teorização feita anteriormente, mas uma outra tônica perpassa o discurso: é incluído ao conteúdo daquela representação, o fator “responsabilização” pela doença. É pertinente observar que o uso da historicidade da anemia falciforme, que vincula a origem africana da doença à prevalência da doença na raça negra no Brasil, e aspectos de discriminação étnica e social¹⁶, não foram articulados pelos profissionais pesquisados no presente estudo. Em apenas um depoimento dentre os 536 analisados, o profissional dirige-se à família dizendo que “anemia falciforme é uma anemia que ocorre em pessoas de cor”. O desaparecimento desta associação à nível de ABS impressiona, todavia, pois o discurso científico é essencialmente centrado nesta lógica explicativa, inclusive nas campanhas governamentais.

A representação social “responsabilização” pode estar ocultando o discurso hegemônico e encontrar justificção pela procura nos exames dos pais (geracional) dos carreadores ou dos “responsáveis” pela característica no recém nascido, numa articulação discursiva cuidadosa que não revela a discriminação racial, mas que remete à uma discriminação moral. Duarte (1986) aponta para uma teoria de que o fator “sangue” possa estar relacionado a uma configuração balizada por um limite “físico” e um limite “moral” que expressaria “qualidades pessoais” e se resumiria na categoria local do que é “de nascença”, do que se apresenta à interpretação social como marcas originárias, relacionadas em parte do que se chama de hereditariedade. Esse sangue herdado bilateralmente pelos sujeitos seria veículo do pertencimento maior à família e carrega toda a herança “moral” desta família. As capacidades “morais” de cada um dos pais serão particularmente levadas em conta, havendo, uma verdadeira expectativa de estigma a cercar os filhos de pais “desqualificados” (DUARTE, 1986).

16 Referências de que o traço falciforme é mais freqüente na população negra, por acreditar que sua origem é africana e que chegou às Américas pelo processo escravagista pode ser encontrado, entre outras, em BRASIL, 2002.

Pela prevalência da condição de heterozigose para hemoglobina S (traço falciforme) na população, é necessário observar que a informação desta característica no programa atua como uma via paralela de geração de conhecimentos, que despista os profissionais e usuários do objetivo central da ação e os distancia efetivamente da relevância a ser dada à triagem de fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito primário e anemia falciforme estas sim, doenças graves que geram processos explicativos complexos, para os quais os profissionais devessem estar preparados. Este depoimento caracteriza exatamente esta colocação:

Cada doença tem seu objetivo. O Teste do Pezinho diferencia-se principalmente pelo fato de prevenir e salvar milhares de crianças de complicações, principalmente do traço falciforme.
(Téc. Enf.)

Muitas considerações entram em jogo, entre elas a revisão da práxis biomédica em se tratando da pesquisa em triagem populacional para esta enfermidade e atitudes reflexivas mais disseminadas. Como apresentado, na prática, o desafio de diferenciar o traço falciforme da anemia falciforme não é simples (heterozigoto de homozigoto). Para a sua compreensão é preciso certo domínio da lógica mendeliana da hereditariedade, uma informação pouco comum às pessoas sem treino formal em biomedicina, além de remeter para representações sociais profundamente estigmatizantes. Destas compreensões depende toda a seqüência de informações na ação de triagem neonatal para esta patologia, que irá repercutir, inevitavelmente, na vida da família, seja pelo histórico social desta doença em nosso país seja pelo caráter discriminatório que a doença deflagra, seja por todo o contexto político sanitário em que está inserida. Estudos apontam que a anemia falciforme, além de uma questão de saúde pública, é uma questão a ser priorizada pela bioética brasileira que precisa intensificar seus estudos sobre temáticas populacionais (DINIZ, 2005).

Há de se considerar, no entanto, que a disposição existente no programa em proporcionar aconselhamento genético às famílias tenha um caráter educativo, pois através deste consegue-se uma disseminação popular do conhecimento (saber) acerca dos mecanismos de herança biológica. O aconselhamento genético, já anteriormente citado por um conhecimento acadêmico restrito à esfera médica e de

procedimento especializado, não comumente associado às ações de saúde pública em larga escala, propõe ainda um desafio à reformulação dos discursos biomédicos, que deverão se ajustar à compreensão e apreensão pelo universo popular (GOLDBECK, 2001).

7 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM O USUÁRIO DO PROGRAMA

Quando algum alterado para alguma doença propriamente dita, é detectado pela triagem, segue-se um processo de comunicação por telefone com a máxima brevidade possível, entre a busca ativa do NATNEO e a unidade de atenção básica de origem do recém nascido alterado. A informação da data da consulta e horário agendado no ambulatório multidisciplinar especializado do SRTN é comunicada preferencialmente à pessoa cadastrada em nosso sistema como sendo a responsável pela ação do teste do pezinho naquela unidade de saúde. Quando esta pessoa não é encontrada (transferência ou desatualização do cadastro), o núcleo aciona a enfermeira responsável da unidade que se responsabilizará a avisar à família do usuário da consulta marcada e viabilizará a vinda do bebê para consulta com médico especialista no SRTN/ HMIPV-POA.

Neste momento, a comunicação é simples e apenas informativa, tomado como pressuposto de que o profissional de enfermagem daquela unidade de saúde saiba do que está sendo comunicado, por ser uma consequência possível do processo de tomada de amostra de um recém nascido para a realização do Teste do Pezinho, acontecido naquela unidade. Em diversas ocasiões este pressuposto não se confirma, havendo a constatação da existência de um desconhecimento do processo pela ABS/RS e a necessidade da reprodução de processos explicativos muitas vezes demorados e repetitivos ao longo da ação pela busca ativa do núcleo.

Na tentativa de avaliar a maneira como esta informação chega à ABS/RS e de que maneira ela é apropriada, foi solicitado aos profissionais a responderem se já precisaram avisar alguma família de algum resultado alterado. 325 (61%) dos profissionais de saúde da área da enfermagem da ABS/RS responderam afirmativamente, 1679 (32%) responderam negativamente e 37 (7%) responderam que nunca avisaram alguma família (figura 13).



Figura 13 – Comunicação de resultado alterado à família pelo profissional da ABS/RS.

Analisaram-se, daquela população que afirmou fazer comunicação com a família (61%), as respostas à pergunta de qual seria o teor da informação a ser passada para as famílias no momento da comunicação de um resultado alterado. Obteve-se que 10% dos profissionais dariam informações iguais independentes da condição; 84% dos profissionais usariam uma informação específica a cada patologia e 6% dos profissionais não responderam (figura 14).

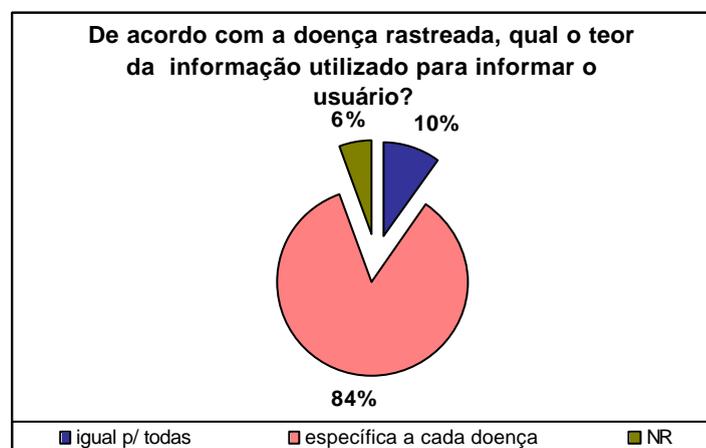


Figura 14 – O tipo de informação utilizado para o usuário no momento da comunicação de um resultado alterado

Na análise das respostas escritas, observou-se uma infinidade de respostas diferentes e de interpretações distintas à pergunta realizada. Notou-se que não existe, entre os profissionais, a expectativa de um resultado alterado como uma possibilidade efetiva a cada teste do pezinho coletado e, pelo fato de ser um programa, um reconhecimento da existência de uma seqüência pré-estabelecida

para a captação do doente, facilitadora da atuação profissional na base do sistema. Este fato pode ser decorrente da baixa prevalência das enfermidades e por isso, a possibilidade de nunca ter havido algum alterado para PKU, HCP e AF na maioria dos municípios. O aprendizado pela vivência aparece bem destacado pelos profissionais quando sua unidade já acompanhou o desenrolar de algum caso de doença.

Não obstante, e derivativo da condição exposta no capítulo anterior, existe uma disposição incorreta em vincular traço falciforme à doença falciforme. Pela frequência de distribuição desta característica na população, as rotinas de comunicação do profissional de saúde aparecem extremamente entrelaçadas e permeadas por esta informação específica, que exige da unidade um comprometimento em chamar famílias para a coleta de sangue, criando comunicações muitas vezes excedentes às que existiriam caso fossem restritas às patologias alvo do programa.

Como houve 84% dos profissionais que disseram que a informação a ser passada para o usuário devesse ser específica a cada doença, procuramos elencar alguns padrões nos processos comunicacionais, e ao mesmo tempo avaliar de que maneira esta informação chega ao usuário:

7.1 AGENTES CENTRALIZADORES DE COMUNICAÇÃO

Em alguns municípios existe um núcleo ou setor da secretaria municipal que faz a interlocução entre unidades de saúde da atenção básica e o NATNEO. Este setor centraliza o envio das amostras para o município, se encarrega da distribuição dos resultados normais, se ocupa dos pedidos de reconvocações pelo NATNEO e principalmente, faz a comunicação como usuário no caso de algum alterado para alguma das doenças triadas no Teste do Pezinho. Além disso, faz todos os encaminhamentos seguindo as orientações do programa estadual de triagem neonatal. Este grupo de pessoas está treinado e fica envolvido com o resultado verdadeiramente alterado. Isto confere uma possibilidade da circulação de informações de caráter mais homogêneo, segundo o critério científico vigente, e garante uma abordagem familiar com muito profissionalismo. Além disso, nestes municípios existe um comprometimento no acompanhamento da efetiva realização

do tratamento pelas famílias, assegurando assim o fechamento do círculo da ação de triagem neonatal.

Esta ação em triagem neonatal está embasada na lógica do paternalismo¹⁷, e é uma das alternativas que o gestor municipal tem para garantir a eficácia do programa dentro de seu município. No entanto, quando esta articulação acontece, há menor circulação da informação em triagem neonatal na comunidade, embora se possa inferir que aumente a qualidade da informação efetivamente circulante. Esta lógica paternalista promove uma espécie de mecanização e desinformação dos profissionais envolvidos na atenção básica com relação ao processo e também promove um distanciamento de muitos profissionais com a experiência e a vivência efetiva em triagem neonatal.

Os responsáveis de passar as informações é a equipe da SMS. O que me compete é coletar a amostra. (Téc. Enf.)

Não passo por essa experiência. A equipe faz a comunicação com a família. (Téc. Enf.)

Não somos nós que comunicamos e sim a equipe. Fizemos as coletas. (Téc. Enf.)

Se acontecesse comigo eu mandaria para a consulta com pediatra, com o resultado do exame. (Aux. Enf.)

Diria que é necessária uma segunda amostra, mas pediria que o médico explicasse, pois não sei explicar. (Téc. Enf.)

7.2 A PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

Em alguns serviços o profissional da atenção básica sabe qual modelo explicativo acionar quando existe um resultado alterado porque houve planejamento desta ação e uma padronização do processo de comunicação com o usuário.

O modelo planejado é acionado por etapas: a primeira etapa é no momento da coleta onde a mãe do recém nascido é informada da importância do teste, dos objetivos almejados por ele, das doenças que o programa público se propõe a

17 Ações paternalistas acontecem quando alguém toma decisões sem consultar as preferências individuais de outros, assumindo o que supõe ser o melhor para eles (anulando o princípio de Autonomia). O Paternalismo pode ser dividido em Forte e Fraco. O Paternalismo Forte é aquele que envolve pessoas plenamente capazes (FEINBERG, 1971).

rastrear e que se o teste der positivo para alguma das doenças haverá encaminhamento providenciado pelo programa.

A segunda etapa no processo, acionada quando é necessária a comunicação de um resultado alterado à família, prioriza o resgate da informação dada ao familiar na ocasião da coleta do teste. A informação é complementada quanto à segurança de um diagnóstico preciso e disponibilidade do tratamento para que o recém nascido tenha um desenvolvimento assegurado e que a família deve seguir as orientações do médico especialista e do programa.

Tento lembrá-la das orientações dadas no momento da coleta quando se coloca o grande benefício que o teste nos dá que é poder tratar a tempo as doenças, para que o bebê cresça saudável e que para isso passará por consulta médica para melhor avaliação. Em qualquer alteração, informo o mesmo. Creio que detalhes sobre a doença, se possível devem ser dadas no consultório médico. Nosso objetivo, acredito, seja a valorização do exame para detectarmos precocemente as doenças. Quando bem orientadas no momento da coleta o manejo é tranquilo caso contrário, se mostram ansiosos, mas às vezes temos que insistir para que compareçam à consulta. (Enf.)

Este tipo orientação torna as famílias mais seguras. (Enf.)

Quando as palavras são adequadas na explicação, a família aceita bem e se submete ao tratamento. (Enf.)

7.3 COMUNICAÇÃO ALEATÓREA

A maioria dos serviços, entretanto, relata um processo heterogêneo de comunicação do profissional com o usuário, vinculado ao seguimento de orientações recebidas ou de conhecimentos agregados na vivência profissional.

Dentro deste contexto, os recursos explicativos que mais guardaram semelhanças entre si nesta relação, revelaram lógicas explicativas reducionistas, remetendo para “uma confirmação de resultados”, procurando não assustar o usuário, usando terminologias simples e suficientes. Outras vezes, a utilização de um discurso intensamente codificado pela terminologia científica e lógica biomédica de cada enfermidade, na maioria das vezes acionado pelas enfermeiras (os) e técnicas (os) de enfermagem reproduzindo o modelo acadêmico dominante.

Muitos profissionais, a maioria dos que se enquadraram dentro deste critério, utilizou a transferência da responsabilidade de comunicação com o usuário para a

hierarquia local do serviço de saúde, ou seja, para o enfermeiro responsável e médico da Unidade.

A verificação da existência desta heterogeneidade nas medidas de comunicação utilizada pela ABS/RS para com o usuário, evidencia a representação de uma sobreposição dos níveis hierárquicos de saber, em detrimento da discussão democrática e de movimento implicativo e interativo de todos os profissionais envolvidos. Isso alavanca a idéia da necessidade de qualificação no processo comunicacional, para garantir um discurso homogêneo acerca dos conhecimentos do resultado do teste do pezinho aos usuários, preparando-os qualitativamente para o encontro com a clínica e para assumir suas responsabilidades dentro do programa de triagem neonatal, e também, da necessidade de medidas integradoras e motivadoras de qualificação dos processos interativos interpessoais na ABS/RS.

O processo de qualificação deve ser sobretudo, desvinculado de uma reprodução mecânica de conceitos, mas capaz de influenciar indivíduos à capacidade reflexiva e interativa em relação ao trabalho, promovendo uma mudança de modelo pedagógico, e tornando o profissional de saúde mais implicado ao objeto alvo. Esta pedagogia da implicação já foi objeto de discussão por Merhy (2005) quando ele apresenta a necessidade de relativização de conceitos e prejulgamentos, que indicam como causalidade da baixa eficiência das ações em saúde a desqualificação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho, e o despreparo educacional do usuário como razão da ineficácia dos serviços.

Simultaneamente, há que ser levado em consideração que o processo de comunicação amplo, verbal ou não verbal, é a manifestação mais freqüente e usual da interação humana. E a interação é um processo complexo que ocorre permanentemente entre pessoas, sob a forma de comportamentos manifestos, orais ou não, pensamentos, sentimentos, reações mentais e/ou físico-corporais. Numa convivência forçada, como numa situação de trabalho, por exemplo, as relações interpessoais desenvolvem-se em decorrência da qualidade da interação. Se esta for positiva, as comunicações fluem fáceis, em dupla direção. Um relacionamento interpessoal harmonioso e prazeroso permite trabalho cooperativo, em equipe, com integração de esforços, conjugando as energias, conhecimentos e experiências para um produto maior que a soma das partes, ou seja, a sinergia. Por outro lado, uma relação interpessoal conflitivo, tenso, leva à desintegração de esforços, à divisão de

energias e crescente deterioração do desempenho grupal, para um estado de entropia do sistema e dissolução do grupo (MOSCOVICI,1998).

Legando à sociedade as ferramentas introduzidas pelo conhecimento, estaremos atuando diretamente na eficácia do programa, que, como já referimos anteriormente, só fica garantida se a família, o paciente (quando crescer e puder participar) e rede social mais próxima comprometerem-se com o suporte adequado para a efetiva manutenção do tratamento (aderência) por toda a existência do portador da doença. Esta implicação normalmente acontece na relação médico e paciente (família), e será muito favorecida se a distância entre os saberes for minimizada desde o primeiro contato com o tema, quer seja na esfera social, no programa pré-natal ou por ocasião da coleta e recebimento de resultados pelos profissionais de saúde da ABS/RS.

8 A EFETIVIDADE DO PROGRAMA ESTADUAL DE TRIAGEM NEONATAL

Um dos objetivos principais de gestão de um programa em nível populacional e indicador de sua eficácia é a cobertura da população-alvo atingida. Em nosso estado podemos dizer que o programa de triagem neonatal, analisando este parâmetro, seja eficaz, pois atinge 80,09% de cobertura dos recém nascidos que utilizam a rede pública de saúde para realizar o teste (tabela 1). A cobertura adicional é conseguida pelos testes realizados na rede privada de serviços (particular e convênios)¹⁸.

Tabela 1 – Cobertura Estadual (rede pública) em Triagem Neonatal em 2005

COBERTURA ESTADUAL (REDE PÚBLICA) EM TRIAGEM NEONATAL			
Teste do Pezinho - 2005			
CRS's do RS	RNV/ano*	Testes Realizados**	Cobertura
RS	146.995	116.809	79,46%
1ª CRS	51.548	40.330	78,24%
2ª CRS	10.630	8.738	82,20%
3ª CRS	11.266	9.193	81,60%
4ª CRS	7.257	5.658	77,97%
5ª CRS	13.566	9.847	72,59%
6ª CRS	7.816	6.387	81,72%
7ª CRS	2.765	2.402	86,87%
8ª CRS	2.884	2.447	84,85%
9ª CRS	1.785	1.503	84,20%
10ª CRS	8.288	6.773	81,72%
11ª CRS	2.604	2.026	77,80%
12ª CRS	2.998	2.521	84,09%
13ª CRS	4.297	3.391	78,92%
14ª CRS	2.623	2.064	78,69%
15ª CRS	2.252	1.821	80,86%
16ª CRS	4.238	3.432	80,98%
17ª CRS	3.022	2.522	83,45%
18ª CRS	4.411	3.311	75,06%
19ª CRS	2.745	2.443	89,00%

* RNV/ano= Fonte SINASC/2005

**Testes Realizados = Fonte Laboratório de Referência em Triagem Neonatal
Fac.Farmácia UFRGS

18 Ver ANEXO E – Cobertura estadual em triagem neonatal por municípios

Para avaliar a eficiência de um programa de triagem neonatal, um dos indicadores é a idade do recém nascido no dia da coleta de sangue para a realização do teste. A idade ideal de coleta, segundo recomendação do PNTN é na primeira semana de vida. Aqui em nosso estado, a coleta do teste é realizada na rede de atenção básica em saúde. Critérios técnicos recomendados para a triagem de fenilcetonúria exigem a realização do teste após 72 horas de aleitamento do recém-nascido, donde se recomenda como idade ideal o período compreendido entre o 3º e 7º dia de idade do recém nascido.

Dados do ano de 2005 apresentam o seguinte quadro na triagem neonatal do RS: 27% dos recém nascidos coletam o teste no período recomendado; 69% fazem a coleta do teste entre o oitavo e trigésimo dia de vida e 4 % realizam a coleta após os 30 dias de idade, que é considerada tardia para este tipo de exame, pois desconfigura o princípio maior da ação de triagem neonatal que é a prevenção de seqüelas neurológicas e metabólicas ao RN, já que com esta idade existem seqüelas associadas ao PKU e ao HCP (figura15).



Figura 15 – Idade da realização da coleta para o Teste de Pezinho no Rio Grande do Sul em 2005

Pediu-se que os profissionais de enfermagem da ABS/RS apontassem, em sua opinião, a razão da dificuldade em melhorar este indicador, isto é, aumentar a porcentagem de recém nascidos captados na idade ideal de coleta. As respostas poderiam contemplar as seguintes justificativas: (A) o problema está na comunicação da gestante no pré-natal (B) no desinteresse das famílias (C) falta de propaganda no rádio, na TV (D) nas informações do laboratório (E) na falta de uma

política de conscientização pelas secretarias de saúde (estadual e municipal) e (F) para quem não respondeu. Muitas respostas apontaram para uma justificativa multifatorial (figura 16).

Por que a coleta do Teste do Pezinho do 3º ao 7º dia de idade do RN não é uma realidade em todo o RS?

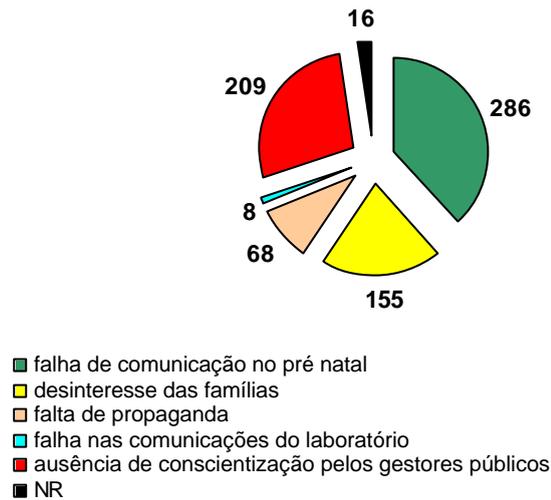


Figura 16 – Razões pelas quais a idade ideal de coleta não é uma realidade no RS segundo os profissionais da ABS

Nota-se que na visão dos profissionais existe uma responsabilidade compartilhada entre várias esferas, que justificariam a dificuldade de captação do recém nascido na idade ideal de coleta. Concorrem com este indicador muitas instâncias de informação que não cumprem o seu papel, por desinformação ou por informações desatualizadas ou ainda, pela desmobilização da comunidade, falta de campanhas de mídia e descomprometimento dos gestores públicos na priorização deste indicador, que é um dos maiores responsáveis pelo bom prognóstico clínico de um recém nascido portador de alguma das enfermidades rastreadas.

Além das informações obtidas pela pergunta, outras, advindas espontaneamente e por escrito pelos profissionais, auxiliam muito a compreensão das dificuldades enfrentadas para o cumprimento da idade ideal de coleta, como por exemplo, a dificuldade de acesso do usuário ao posto de saúde, crenças populares como “o mal de sete dias” e “período de resguardo”, que as informações dos médicos não combinam com as informações do programa de triagem neonatal e que

o médico do sistema privado não sabe do que se passa no sistema público, não oferecendo informações corretas.

A maioria dos 536 profissionais que responderam o questionário (75%) compreende o motivo pelo qual o exame não é coletado na maternidade e justificaram que o bebê precisa de no mínimo três dias de aleitamento para fazer o teste e às vezes, a mãe sai antes do hospital. Esta é a justificativa articulada também pelo PNTN.

9 PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO RS

Hoje, a seis anos da criação de um Programa Nacional, instauram-se novas necessidades no campo do trabalho, como o preparo teórico dos profissionais de saúde para o desafio da inclusão de novas patologias de origem genética ao programa, em comparação ao que hoje já existe nos programas de triagem de outros países. Considerando a recente prioridade de governo advinda da Portaria nº 399 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece diretrizes para a gestão do Sistema Único da Saúde (SUS), entre outras, a de considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras e considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender as necessidades do SUS deva ser produto de cooperação técnica e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho (BRASIL, 2006), realizou-se uma proposta de qualificação do programa de triagem neonatal no estado. O mapeamento do profissional de enfermagem que atua na ABS/RS e o levantamento das percepções sobre triagem neonatal existentes no meio profissional das secções subseqüentes, tomaram-se essenciais para a definição de possíveis estratégias de implicação do profissional a um processo de qualificação que valorize vivências e saberes.

Perguntou-se ao profissional de enfermagem da ABS/RS, qual devesse ser a abordagem de um processo de capacitação profissional, caso este fosse oferecido pelo programa estadual. A maioria dos entrevistados respondeu que gostaria de ter mais informações sobre o cunho social do programa, isto é, conhecimentos acerca do seu objetivo social, benefícios sociais, articulação para com o usuário, etc., e capacitação teórica sobre a clínica das doenças.

O número de profissionais que respondeu que sente necessidade de capacitação técnica para a realização da coleta do teste não foi expressivo, revelando o desejo dos profissionais na participação em cursos de aperfeiçoamento e capacitação em conteúdos que extrapolem suas rotinas de trabalho e que os aproxime dos saberes sociais (onde se refletem suas práticas, criando discursos argumentativos) e dos saberes científicos (minimizando distâncias profissionais). Os

profissionais responderam que sabem o básico das enfermidades pesquisadas na testagem neonatal (21%) e que gostariam de aprender mais sobre as doenças (69%). O uso da rede mundial de computadores (pesquisa pela Internet) pela ABS/RS para acessar conhecimentos é acionado por 10 % dos profissionais. Este dado demonstra que a procura por informações pela internet ainda não é uma preferência na base do sistema de saúde, embora este meio seja a opção mais lembrada atualmente, para processos educacionais sob ponto de vista acadêmico. Este dado poderia ser mais explorado, pois se pressupõe que esteja diretamente relacionado ao custo operacional ou escassa informatização nas unidades da rede assistencial básica de saúde, ou ainda, estar relacionado a um desejo de participação de um processo pedagógico em caráter presencial educador/educando clássico.

Tendo em vista que o profissional de saúde da ABS/RS, enfim, manifesta o desejo de um processo de qualificação ou capacitação, tomou-se como prerrogativa privilegiar a educação de adultos sob a égide de compartilhamento de saberes e distinção do processo educacional para adultos, de acordo com a teoria de Malcon Knowles (1973), e de Paulo Freire (1994). Estas indicam um caminho, em oposição à clássica articulação de transmissão vertical de conhecimentos biomédicos, na procura de um processo mais eficaz de intercâmbio de saberes.

Como uma proposta para esta qualificação profissional dentro dos preceitos apresentados, usar-se-á o modelo de Davini (1983) apresentado para a capacitação pedagógica de instrutores/supervisores do programa de formação de pessoal de nível médio em saúde (projeto larga escala) da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Neste modelo, Davini diz que uma situação de aprendizagem é uma relação dinâmica entre dois elementos: um sujeito que aprende e um objeto que é aprendido, sem que nenhum deles seja “caixa vazia”: Por um lado o sujeito é um ser ativo, portador de concepções, costumes e hábitos e de determinadas formas de pensar e atuar sobre a realidade. Por outro lado, o objeto ou assunto a ser aprendido tem uma estrutura que lhe é própria e propõe duas questões centrais: 1) quais são as formas de conhecer e de pensar do pessoal a ser capacitado? 2) qual é a estrutura do conhecimento que deverá ser assimilada? (DAVINI, 1983).

As respostas foram se apresentando ao longo deste trabalho, através das percepções existentes, das lógicas acionadas e do perfil dos profissionais da

ABS/RS em relação ao tema triagem neonatal. Projeta-se um processo de qualificação descentralizado, tendo como alvo cada município sede das CRS's que reunirá em um ou dois cursos, representantes dos municípios que a compõe.

Nestes cursos, haverá uma dinâmica de construção progressiva, através da própria prática ativa do profissional no trabalho, dos esquemas de assimilação para a aprendizagem, procurando incentivar a procura por novas respostas e novos esquemas cognitivos. Do ponto de vista pedagógico, torna-se indispensável analisar as formas de pensar e conhecer dos educandos para desenvolver uma estratégia de ensino que parta das condições reais dos mesmos, estimulando-os a aplicarem seus esquemas de assimilação e a refletirem sobre suas próprias percepções dos processos, de modo que avancem em seus conhecimentos e em suas formas próprias de pensar e conhecer o processo.

A técnica a ser utilizada afasta-se do treinamento pela mecanização das ações, pois esta não oferece ao sujeito nenhuma autonomia de ação diante de desafios e problemas novos que emergem da prática, procurando que o educando se aproprie dos conhecimentos que sustentam as técnicas e reflita sobre a estrutura do conhecimento que regula o 'fazer' cotidiano do pessoal no serviço de saúde. Não se trata de reconstruir toda a rede ou matriz de conhecimentos de toda a ciência, mas sim, somente aquela matriz necessária ao desempenho técnico específico.

Terá-se a função de um supervisor/instrutor neste processo, e sua função será organizar sistematicamente uma série gradual e encadeada de situações para que haja a produção do processo integral.

No final do curso será eleito um profissional pelo grupo, com estabilidade no serviço de saúde daquela região, que será treinado periodicamente no NATNEO para ser o profissional multiplicador de uma educação continuada em triagem neonatal nos municípios de cada CRS.

O processo de capacitação profissional idealizado, todavia, esbarra na dificuldade de alocação de recursos financeiros e na composição de uma equipe capacitadora capaz de articular os conceitos pretendidos. Outras dificuldades são a abrangência requerida, o tempo disponível e a necessidade de ser um processo descentralizado, requerendo um módulo operacional a ser articulado nas macroregiões do estado ou no mínimo em cada CRS. Por outro lado, requer junto

aos gestores municipais a viabilização da liberação dos profissionais de saúde de suas ocupações diárias, e financiamento ao deslocamento do(s) profissional(ais) para o município sede do encontro.

Diante disso, viu-se a necessidade de um planejamento muito mais intensivo e pormenorizado para a viabilização de um projeto de qualificação nestes moldes. No entanto, frente à necessidade e solicitação da referida ação pelos profissionais de saúde entrevistados, planejou-se a elaboração de uma cartilha de comunicação que contemple responder às perguntas feitas pelo questionário de pesquisa. Pensa-se ser este um modelo apropriado de capacitação neste momento, diante da insuficiência de recursos e da facilidade de distribuição pela rede de coleta do teste do pezinho.

Este manual usará de um interlocutor gráfico, um personagem a ser criado, e o modelo perguntas e respostas rápidas com rigor científico, mas com a proposta substitutiva do léxico profissional a uma terminologia que possa ser bem compreendida pelo público alvo.

Entende-se que proporcionando esta primeira etapa à um processo de qualificação maior imbuído do caráter reflexivo proposto por este estudo, avançaremos no sentido de engendrar aos propósitos das determinações do pacto em saúde 2006.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos unificadores deste trabalho foram em primeiro lugar os conceitos de representação social e de comunicação, baseados na vivência e na experiência. De modo mais geral, expressou uma preocupação em problematizar e compreender como a triagem neonatal e suas motivações científicas eram absorvidas na intersubjetividade e ação social, caracterizado, em termos absolutos, por um deslocamento entre domínios distintos de saber. Problematizar a idéia da experiência, através de uma atitude reflexiva, significou assumir de que maneira os indivíduos compreendiam e se engajavam ativamente na atividade de triagem neonatal, reconhecendo que o conhecimento que sustenta determinada ação, não é necessariamente idêntico ao conhecimento que explica aquela ação entre os profissionais.

Todos os aspectos levantados neste estudo proporcionaram um inventário sobre os resultados da Política de Triagem Neonatal do estado do Rio Grande do Sul. Foram úteis, não somente pela expressão quantitativa de seus números e indicadores, mas principalmente por contemplar a ótica dos profissionais de enfermagem da rede de ABS/RS e oportunizar um momento de reflexão crítica da própria práxis biomédica que orienta a ação. O estudo também revelou as lógicas atuantes e ressemantizantes da teoria de sustentação da triagem neonatal no cotidiano da rede de serviços da ABS/RS, que será valorizada cumprindo com a prerrogativa de circularidade de conhecimentos, deslocando o saber da esfera dominante biomédica para uma esfera de negociação interdisciplinar onde se possa pensar em reconstrução do objeto do trabalho e até na possibilidade de mudá-lo pela introdução de reflexões plurais e multidisciplinares através de um projeto de qualificação profissional.

Este estudo pode servir como aporte para o engajamento nas novas disposições para o Sistema Único de Saúde que orientam para mudanças tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. A educação permanente em saúde parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho (BRASIL,2004).

Como conclusão, há que se dizer que esta panorâmica tinha de ser dada à ação de triagem neonatal no estado do Rio Grande do Sul. Seja pela importância do

trabalho realizado, pelo envolvimento de todos os profissionais em fazer o seu trabalho, mas principalmente, por servir de alerta a todas as instâncias envolvidas, de que a eficácia do programa, o benefício que a ação de triagem neonatal pode representar à sociedade como um todo, não depende somente dos avanços da ciência e da especialização de seus profissionais e da inclusão de mais patologias ao painel de um programa de triagem neonatal.

Devem estar sempre presentes em qualquer esfera de atuação, seja na esfera prática ou na de gestão, a preocupação por comunicações mais eficientes, controles efetivos dos gestores quanto à aderência das famílias aos tratamentos, muitas vezes complexos, como no caso da fenilcetonúria, e a minimização das distâncias entre o saber científico e o saber popular, que legue informações suficientes e compreensíveis para a classe dos usuários em saúde e comprometa usuários, famílias, sociedade em geral, em saber de sua responsabilidade ao longo de um período de tempo indeterminado, para a manutenção do bem estar, ausência de seqüelas ou distúrbios, daquele recém nascido acometido por fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito ou doença falciforme ou qualquer patologia que se pretenda incluir neste tipo de programa.

Que as limitações deste trabalho sejam percebidas como possibilidades de estudo para próximos trabalhos, quer digam respeito à abordagem do teste do pezinho junto aos usuários, quer digam respeito à abordagem do tema junto aos profissionais da medicina, quer digam respeito à reflexão sobre os paradoxos existentes nas práticas centralizadas no saber biomédico impostas sobre o saber social.

11 REFERÊNCIAS

AROUCA, Sérgio (Org.). O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70,1979.

BOLTANSKI, I. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: editora Graal, 3ª ed p.30,1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 822 de 06 de junho de 2001. Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes. Brasília: p.7-11, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Editora MS, 2ª ed p.18-21, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes do referido pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

DAVINI, Maria Cristina. Do processo de aprender ao de ensinar. Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/pub04U2T6.pdf. Acessado em Maio 2006.

DINIZ, Débora; GUEDES, Cristiano. Educando para a genética: anemia falciforme e políticas de saúde no Brasil. Série Anis, Letras Livres, n.25 p.1-15, fevereiro, 2003.

DINIZ, Débora (org). Admirável nova genética: bioética e sociedade Brasília: Editora UnB p.144, 2005.

DUARTE, Luis Fernando Dias. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro, Ed Jorge Zahar p 204-205, 1986.

DURKHEIM, Émile. As formas elementares da vida religiosa. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DUVEEN, Gerard. Introdução: o poder das idéias. In: MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais. Petrópolis: Vozes, 2003.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 11ª ed. Introdução p.XXI,1993.

FREIRE, Paulo. A pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra,11ª ed. p 54-57,1994.

FEINBERG, J. Legal Paternalism. **Canadian Journal of Philosophy** 1971;1:105-124

GEERTZ, Cliford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan,1989.

GOLDBECK, Ana Stela. Doenças de herança: uma abordagem antropológica das desordens genéticas.2001.122f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)-Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

GUTHRIE, Robert. The origin of newborn screening. **Screening**,v.1p.5-15,1992.

HRSA-Health Resources and Services Administration. A report from the newborn screening task force convened in Washington DC, May 10-11,1999. **Pediatrics**,v.106,n.2 part 2 of 3,August,2000.

JODELET, D. Représentations sociales: um domaine em expansion. Lés Représentations Sociales.Paris: PUF,1986.

KATZ, Daniel; KAHN, Robert L. Psicologia Social das Organizações. São Paulo: Atlas p 258,1973.

KNOWLES, Malcom. The adult learner: a neglected species. Houston, Texas, Gulf publishing,1973.

KOCH, Jean. Robert Guthrie-the PKU story. Disponível em www.pku-allieddisorders.org/guthrie.htm. Acessado em novembro 2005.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface-comunicação, saúde, educação**,v. 9, n. 16, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco,1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, Pedrinho Archides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs). Textos em representações sociais. 8ªed. p.89-111. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, Fela. Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo. Rio de Janeiro: José Olímpio p 32-35, 1998

MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASS, Kenneth et al. U.S. newborn screening system, guidelines II: follow-up of children, diagnosis, management and evaluation. **The Journal of Pediatrics**, v.137, n.4, October, 2000.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fundação Oswaldo Cruz p 16-17, 1999.

SCHERMERHORN, John; HUNT, James; OSBORN, Richard. Fundamentos de Comportamento Organizacional. Porto Alegre: Artmed cap 15, 2003.

VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial p.14-15, 2000.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. Proposed international guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services. Human genetic programme, Genebra: 1998.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. Community genetic services in Latin America and regional networks on medical genetics. Report of a WHO consultation, Genebra: 2004.

ZARIFIAN, Philippe. Comunicação e Subjetividade nas Organizações. In: DAVEL, Eduardo; VERGARA, Sylvia (org.). Gestão com Pessoas e Subjetividade. São Paulo: Atlas, 2001.

ANEXO A - Legislações , histórico e evolução da triagem neonatal no RS

Legislações Federais:

Tendo em vista o grande alcance social da implantação da triagem neonatal em toda a população de recém-nascidos no país, a iniciativa tornou-se matéria da **Lei Federal nº 8.069- Estatuto da Criança e do Adolescente**, que no seu **art. 10 item III**, prevê o diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém nascido, dentre outras providências.

A **Portaria nº 22**, de 15 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde também determina a inclusão no Planejamento das Ações de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, em caráter complementar, do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria.

Portaria MS nº 951 de 10/05/96, que trata das normatizações sociais e de caráter científico para as Doenças Falciformes.

Em junho de 2001, o Ministério da Saúde, implanta, a partir da **Portaria 822**, o Programa Nacional de Triagem Neonatal que organiza e norteia todas as ações para a Triagem nos diversos Estados da União e marca uma nova fase para o “Teste do Pezinho” em todo o Brasil.

Legislações Estaduais:

Decreto Estadual nº 37.532 de 08 de julho de 1997 institui o Programa Estadual de Atenção Integral à Pessoa Portadora de Deficiência e Altas Inabilidades –PEAI/RS que tem como atribuições planejar, implantar, implementar e controlar projetos e ações de atendimento às necessidades básicas e especiais dos Portadores de Deficiência, nas áreas da educação, saúde, trabalho, cidadania e assistência social;RS

Decreto Estadual nº 39.860 de 08 de dezembro de 1999 institui a Política Estadual de Controle à Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias- PECAF.

Lei Estadual nº11450, de 28 de março de 2000, determina a obrigatoriedade do rastreamento neonatal conhecido como “Teste do Pezinho” e dá outras providências.

Histórico da triagem neonatal no RS junto à UFRGS/FACFAR

A Faculdade de Farmácia da UFRGS no ano de 1994 é conveniada pelo Governo do Estado, por intermédio da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente-SSMA e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a implantação do serviço de análises para o rastreamento neonatal para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito e exames cobrados via tabela SUS;

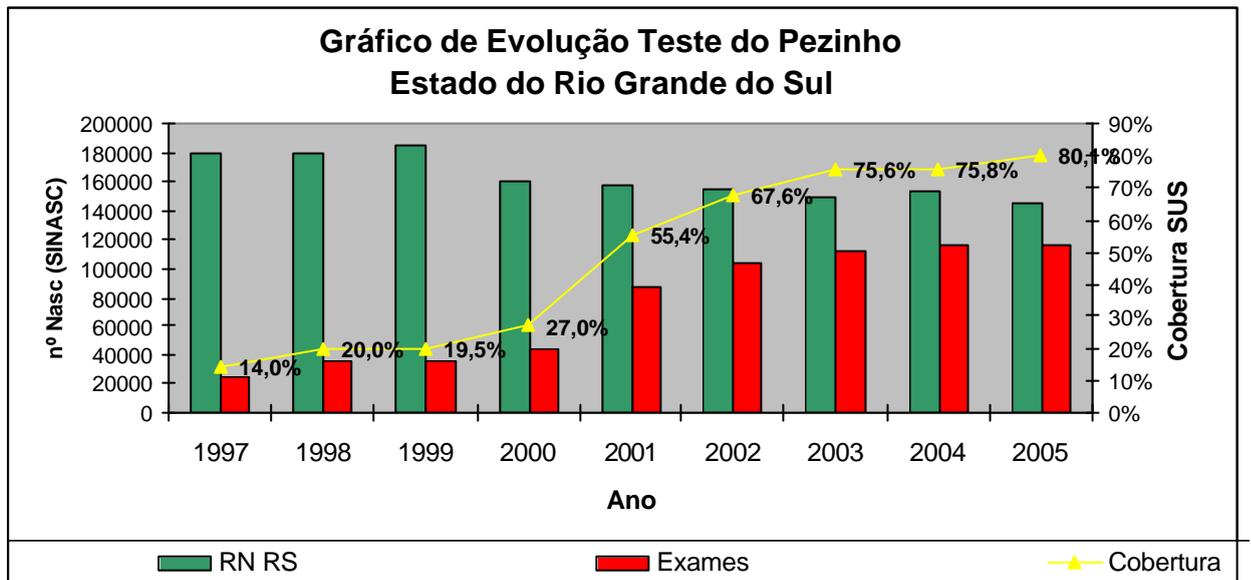
No ano de 1998 o Governo do Estado institui o PEA/RS e a Faculdade de Farmácia é conveniada como executora dos exames de triagem neonatal para sete municípios gaúchos designados naquele momento como municípios Pólos;

No ano de 1999, através de convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde, a Faculdade de Farmácia passa a ser a executora dos exames de triagem neonatal para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito provenientes da rede de saúde pública municipal de Porto Alegre;

Em julho de 2000, a Faculdade de Farmácia, através de convênio celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Sul (convênio nº029/2000, processo nº 57297-20.00/99), integra o exame da terceira gota ao Teste do Pezinho (triagem para Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias) e passa a

ser a executora da triagem neonatal para toda a rede estadual de saúde incluindo o município de Porto Alegre;

Em Outubro de 2001, o laboratório de triagem neonatal da Faculdade de Farmácia da UFRGS, em atendimento à Portaria 822 do Ministério da Saúde, passa a ser o laboratório especializado do Serviço de Referência em Triagem Neonatal do Estado do Rio Grande do Sul - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, através de instrumento firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Convênio FAR/SMS/NEONATAL/Nº 5330-9);



ANEXO B - Carta de apresentação



Ao
Responsável pelo Teste do Pezinho
Posto de Saúde

Prezado colega:

O Núcleo de Atenção à Triagem Neonatal/RS (NatNeo) da Faculdade de Farmácia da UFRGS quer saber o que a rede de coleta da Atenção Básica em Saúde de cada município do RS entende do TESTE DO PEZINHO, com o objetivo de montar uma capacitação os profissionais e dos usuários sobre o tema. Os dados desta pesquisa serão utilizados como base de dados para uma monografia de conclusão de curso da Escola de Administração da UFRGS.

Gostaríamos que todas as pessoas envolvidas com o Teste do Pezinho tentassem responder as perguntas do formulário em anexo. Não é uma avaliação e não precisa de identificação. Pensamos ser uma maneira democrática de levantamento de necessidades para a construção de um modelo de capacitação mais eficaz e dinâmico que se diferencie do modelo vertical de transmissão de saberes.

Queremos atingir o maior número de participação possível de cada posto de saúde (enfermeiros, técnicos, auxiliares) para traçar um perfil fiel de nossa realidade e assim podermos atuar em conjunto na multiplicação de nossos conhecimentos. As respostas podem ser enviadas junto com o Teste do Pezinho ou se preferirem pelo email: natneo@ufrgs.br

Prazo: Fecharemos a recepção das respostas em 10/03/2006.

Com estima e consideração,

Atenciosamente,

Prof. Ana Stela Goldbeck
Coordenadora NatNeo
Faculdade de Farmácia UFRGS

ANEXO C - Instrumento de pesquisa

Seu município pertence a qual CRS? _____

Sua profissão: _____.

Idade : () menos de 20 () entre 20 e 40 () mais de 40

Sexo: () feminino () masculino

Você faz comunicação direta com o usuário? () SIM () NÃO

Quando você ouve TESTE DO PEZINHO e TRIAGEM NEONATAL:

() acha que é a mesma coisa () são coisas diferentes () entende o que é o Teste mas não entende o que é Triagem Neonatal

Qual o objetivo do Teste do Pezinho?

() testar a capacidade física e mental do bebê () verificar o grupo sanguíneo () diagnosticar precocemente doenças, prevenindo o retardo mental e outras complicações () verificar se o bebê tem Síndrome de Down.

O que mais importa para ti no Teste do Pezinho:

() a coleta () o envio () a recepção dos exames () receber o resultado () falar com a família () aprender sobre as doenças pesquisadas

O que achas que faz mais falta **para ti** sobre o teste do pezinho:

() capacitação técnica para a coleta do teste () capacitação teórica sobre a clínica das doenças () informações variadas de cunho social como por exemplo: qual é o objetivo, qual é o benefício, qual é o malefício, o que muda para a família saber ou não saber, o que muda para o profissional de saúde saber ou não saber, etc...

O Teste é de execução: () fácil () difícil

Tu sabes que o Teste do Pezinho é um Programa Nacional do Ministério da Saúde?

() sim () não () não faz diferença

Achas que **para o bebê** ele é um exame: () igual ou () diferente dos outros exames

Podes explicar com tuas palavras?

Para **ti** ele é um exame: () igual aos outros , é apenas mais um procedimento na rotina de trabalho; () diferente dos outros exames pois exige mais compreensão , preocupação e seguimento () igual aos outros () diferente dos outros

As doenças que o teste detecta não aparecem clinicamente e causam lesões irreversíveis desde que o bebê nasce. **Em teu pensamento**, o teste tem urgência para ser feito?

() nunca pensei se tem ou não () não sei () acho que não, todos os bebês parecem saudáveis () sim, a gente nunca sabe quem é alterado antes de fazer o exame () não, urgência é só quando o bebê corre risco de morte.

Tu não pensas que o teste devia ser coletado na Maternidade?

Sim, seria bem mais prático Não pode, tem uma razão fisiológica mas eu não sei qual é Isso é uma decisão da Secretaria de Saúde aqui a gente coleta no hospital Eu já ouvi dizer ou eu sei que não pode porque o bebê precisa de no mínimo três dias de aleitamento para fazer o teste, e às vezes a mãe sai antes do hospital

Na hora da coleta, o tamanho da gota de sangue importa para ti?

Não, qualquer gotinha serve Claro, observo sempre as instruções atrás do papel de coleta nunca me falaram sobre o tamanho da gota, mando para o laboratório o que consigo coletar

Coletou uma gota grande mas nunca observo se passa para o outro lado

Qual a tua opinião sobre a **amostra rejeitada** pelo laboratório:

não entendo por que rejeitam a amostra dificulta o teste porque devo chamar a mãe de novo e elas não gostam procuro aprender com o erro penso que a gente perdeu um tempo importante para o bebê, e se ele tiver uma das doenças? E se a mãe não quiser coletar de novo? não tenho opinião. Peço para a mãe vir coletar novamente e resolvido o assunto.

A **idade ideal** para coletar o teste do pezinho é do 3^o ao 7^o dia de vida. Não conseguimos fazer disso a nossa realidade. Onde tu achas que está o problema?

na comunicação à gestante no pré-natal no desinteresse das famílias falta propaganda no rádio, na TV nas informações do laboratório falta uma política de conscientização pelas Secretarias de Saúde.

Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito e Hemoglobinopatias são as doenças que a gente procura no teste do pezinho do RS. O que sabes destas doenças:

sei o básico me interessa e procuro saber muita coisa pela Internet sei que causam retardo mental gostaria de aprender mais sobre as doenças a gente deixa para o médico e a enfermeira este assunto

Já tiveste que avisar alguma família? sim não nunca

Quando existe um resultado de exame alterado, as informações a serem passadas para as famílias,

são todas iguais, independente da doenças cada doença tem uma informação específica

Tu recebes do laboratório um telefonema dizendo que precisas chamar uma família por que deu resultado alterado para fenilcetonúria, que palavras usarias (ou usas) para comunicar isso à mãe ou à família?

Tu recibes do laboratório um telefonema dizendo que precisas chamar uma família por que deu resultado alterado para hipotireoidismo congênito, como explicarias (ou explicas) isso à mãe ou à família?

Você sabe qual a diferença entre um diagnóstico de traço falciforme e anemia falciforme?

sim não gostaria de saber querem dizer a mesma coisa os dois diagnósticos são de doença no sangue do bebê

Tu recibes do laboratório um telefonema dizendo que precisas chamar uma família por que deu resultado alterado para **Anemia Falciforme** para coletar sangue, que palavras usarias (ou usas) para explicar isso a eles?

Tu recibes do laboratório os resultados para coletar amostra de sangue de pai e mãe por que o bebê apresentou **traço falciforme**. Como explicarias (ou explicas) para a família?

Relata tua experiência de como é a reação das famílias no momento da comunicação de um resultado alterado do teste do pezinho?

Das doenças rastreadas no nosso programa, na tua experiência qual a doença que mais causa preocupação para a família?

Na tua opinião, as famílias tomam vínculo com a unidade de saúde quando têm um bebê com umas das doenças e pedem orientações ou ajuda para seguimento do tratamento?

Tu já ouviste alguma vez, quando dá **resultado alterado** no Pezinho, a família dizer que vai fazer em outro laboratório por que o SUS não é confiável?

sim não sim e eles vão fazer outro teste particular, não, eles confiam no resultado e seguem as orientações.

Se um bebê é trazido para fazer o teste depois de 30 dias qual a orientação do Posto:

não coletar coletar e avisar o laboratório

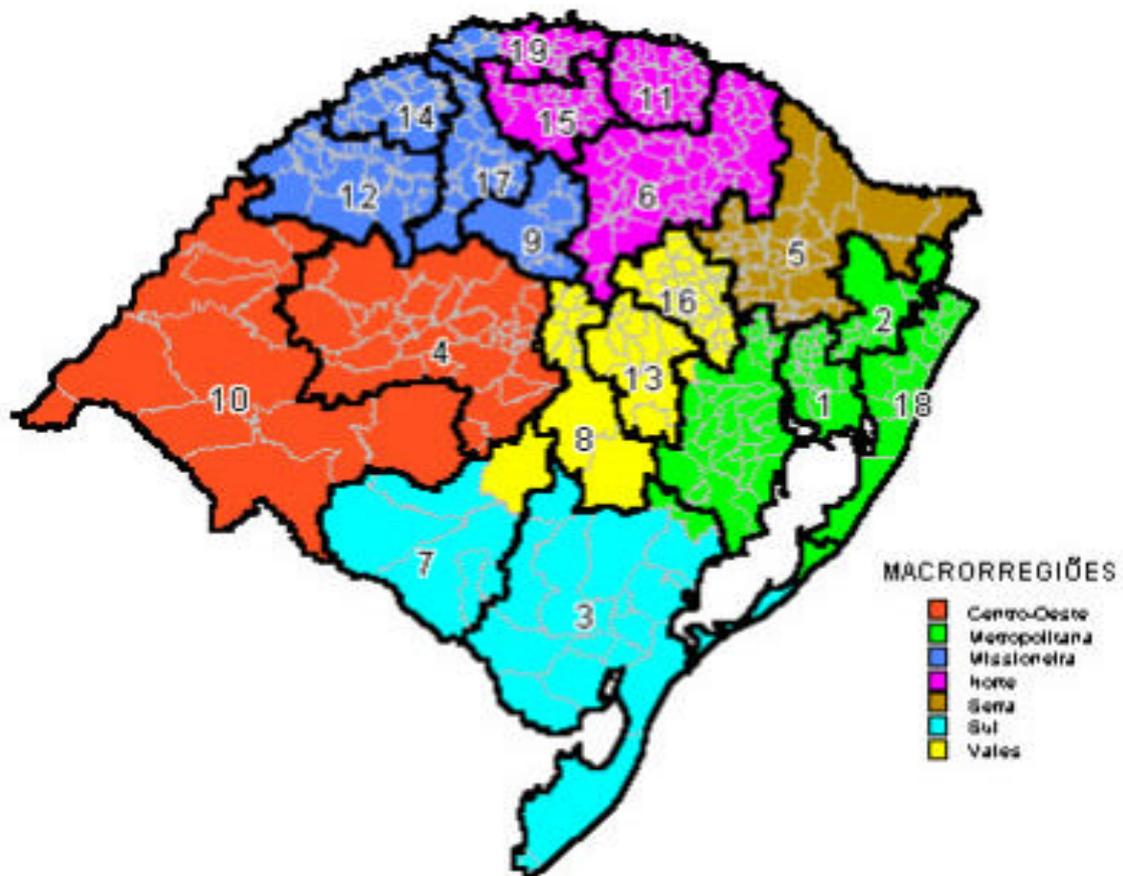
O que você pensa sobre ao teste após os trinta dias de idade

depois de trinta dias não adianta mais coletar o teste adianta coletar porque se o bebê tiver uma das doenças vai se beneficiar do tratamento mesmo já tendo seqüelas.

Agradecemos de coração a sua cooperação. Esperamos fazer disso um instrumento valioso para o nosso projeto de capacitação.

O Teste do Pezinho é um procedimento que mexe com a nossa idéia formada sobre o que seja trabalho, quando nos ensina que somos parte de um todo. Pense nisso!

ANEXO D - Mapa da distribuição dos municípios do RS segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde e Macroregiões



Fonte: www.saúde.rs.gov.br/departamentos_regionais/mapa_01.php

ANEXO E - Cobertura estadual em triagem neonatal discriminada por municípios

COBERTURA ESTADUAL (REDE PÚBLICA) EM TRIAGEM NEONATAL			
Teste do Pezinho - 2005			
Municípios do RS	RNV/ano	Testes Realizados	Cobertura
RS	146.995	116.809	79,46%
1ª CRS	51.548	40.330	78,24%
Alvorada	3.447	3.063	88,86%
Araricá	78	71	91,03%
Cachoeirinha	1.737	1.384	79,68%
Campo Bom	887	652	73,51%
Canoas	5.061	3.617	71,47%
Dois Irmãos	386	331	85,75%
Estância Velha	619	523	84,49%
Esteio	1.495	1.051	70,30%
Glorinha	60	51	85,00%
Gravataí	3.829	3.050	79,66%
Ivoti	264	212	80,30%
Lindolfo Collor	88	83	94,32%
Morro Reuter	77	73	94,81%
Nova Hartz	251	249	99,20%
Nova Sta Rita	269	214	79,55%
Novo Hamburgo	3.355	2.931	87,36%
Portão	404	359	88,86%
Porto Alegre (sede)	18.932	14.921	78,81%
Presidente Lucena	24	23	95,83%
Santa Maria do Herval	61	61	100,00%
São Leopoldo	3.290	2.430	73,86%
Sapiranga	1.335	1.159	86,82%
Sapucaia do Sul	1.901	1.285	67,60%
Viamão	3.698	2.537	68,60%

2ª CRS	10.630	8.738	82,20%
Arambaré	40	38	95,00%
Arroio dos Ratos	175	175	100,00%
Barão	36	34	94,44%
Barão do Triunfo	88	84	95,45%
Barra do Ribeiro	163	113	69,33%
Brochier	39	37	94,87%
Butiá	266	235	88,35%
Camaquã	982	806	82,08%
Cambará do Sul	122	121	99,18%
Capela de Santana	149	124	83,22%
Cerro Grande do Sul	198	193	97,47%
Charqueadas	460	379	82,39%
Chувиска	72	52	72,22%
Dom Feliciano	212	186	87,74%
Eldorado do Sul	455	382	83,96%
General Câmara	81	71	87,65%
Guaíba	1.230	1.136	92,36%
Harmonia	28	25	89,29%
Igrejinha	533	400	75,05%
Maratá	21	16	76,19%
Mariana Pimentel	54	42	77,78%
Minas do Leão	134	118	88,06%
Montenegro	803	507	63,14%
Pareci Novo	23	15	65,22%
Parobé	846	693	81,91%
Riozinho	40	42	105,00%
Rolante	269	235	87,36%
Salvador do Sul	54	43	79,63%
São Francisco de Paula	333	287	86,19%
São Jerônimo	362	293	80,94%
São José do Hortêncio	35	34	97,14%

São José do Sul	16	16	100,00%
São Pedro da Serra	44	31	70,45%
São Sebastião do Cai	370	277	74,86%
Sentinela do Sul	69	60	86,96%
Sertão Santana	81	77	95,06%
Tapes	235	214	91,06%
Taquara	744	517	69,49%
Três Coroas	350	317	90,57%
Triunfo	389	289	74,29%
Tupandi	29	24	82,76%
3ª CRS	11.266	9.193	81,60%
Amaral Ferrador	78	69	88,46%
Arroio do Padre	45	31	68,89%
Arroio Grande	216	200	92,59%
Canguçu	784	616	78,57%
Capão do Leão	314	270	85,99%
Cerrito	61	40	65,57%
Chuí	52	65	125,00%
Cristal	114	103	90,35%
Herval	102	88	86,27%
Jaguarão	414	343	82,85%
Morro Redondo	59	55	93,22%
Pedras Altas	19	21	110,53%
Pedro Osório	102	61	59,80%
Pelotas (sede)	4.377	3.596	82,16%
Pinheiro Machado	145	115	79,31%
Piratini	233	171	73,39%
Rio Grande	2.663	2.063	77,47%
Santa Vitoria do Palmar	476	384	80,67%
Santana da Boa Vista	111	112	100,90%
São José do Norte	335	283	84,48%
São Lourenço do Sul	504	454	90,08%
Turuçu	62	53	85,48%

4ª CRS	7.257	5.658	77,97%
Agudo	207	131	63,29%
Cacequi	157	146	92,99%
Capão do Cipó	46	44	95,65%
Dilermano de Aguiar	43	30	69,77%
Dona Francisca	35	28	80,00%
Faxinal do Soturno	72	56	77,78%
Formigueiro	75	71	94,67%
Itaara	63	0	0,00%
Ivorá	22	17	77,27%
Jaguari	128	109	85,16%
Jari	36	30	83,33%
Júlio de Castilhos	332	296	89,16%
Mata	50	50	100,00%
Nova Esperança do Sul	63	57	90,48%
Nova Palma	69	69	100,00%
Paraiso do Sul	97	96	98,97%
Pinhal Grande	65	52	80,00%
Quevedos	38	31	81,58%
Restinga Seca	191	195	102,09%
Santa Maria (sede)	3.489	2.570	73,66%
Santiago	623	513	82,34%
São Francisco de Assis	194	178	91,75%
São João do Polêsine	31	0	0,00%
São Martinho da Serra	34	9	26,47%
São Pedro do Sul	202	158	78,22%
São Sepé	322	266	82,61%
São Vicente do Sul	92	82	89,13%
Silveira Martins	24	0	0,00%
Toropi	24	20	83,33%
Tupanciretã	359	281	78,27%
Unistalda	27	28	103,70%
Vila Nova do Sul	47	45	95,74%

5ª CRS	13.566	9.847	72,59%
Alto Feliz	20	17	85,00%
Antônio Prado	139	103	74,10%
Bento Gonçalves	1.204	896	74,42%
Boa Vista do Sul	22	13	59,09%
Bom Jesus	194	173	89,18%
Bom Princípio	132	116	87,88%
Campestre da Serra	36	28	77,78%
Canela	660	580	87,88%
Carlos Barbosa	263	143	54,37%
Caxias do Sul *****(sede)	5.859	3.908	66,70%
Coronel Pilar	17	14	82,35%
Cotiporã	24	19	79,17%
Esmeralda	45	47	104,44%
Fagundes Varela	19	21	110,53%
Farroupilha	801	514	64,17%
Feliz	105	93	88,57%
Flores da Cunha	287	217	75,61%
Garibaldi	318	181	56,92%
Gramado	477	352	73,79%
Guabijú	12	8	66,67%
Guaporé	246	211	85,77%
Ipê	51	38	74,51%
Jaquirana	83	82	98,80%
Linha Nova	20	19	95,00%
Monte Alegre dos Campos	32	38	118,75%
Monte Belo do Sul	23	12	52,17%
Muitos Capões	41	34	82,93%
Nova Araçá	30	27	90,00%
Nova Bassano	60	50	83,33%
Nova Pádua	10	11	110,00%
Nova Petrópolis	186	132	70,97%
Nova Prata	251	177	70,52%
Nova Roma do Sul	29	23	79,31%

Parai	68	60	88,24%
Picada Café	54	50	92,59%
Pinhal da Serra	13	2	15,38%
Protásio Alves	15	14	93,33%
Santa Teresa	18	14	77,78%
São Jorge	27	17	62,96%
São José dos Ausentes	43	45	104,65%
São Marcos	242	176	72,73%
São Vendelino	21	24	114,29%
União da Serra	12	13	108,33%
Vacaria	1.016	853	83,96%
Vale Real	57	40	70,18%
Veranópolis	243	203	83,54%
Vila Flores	28	26	92,86%
Vista Alegre do Prata	13	13	100,00%
6ª CRS	7.816	6.387	81,72%
Água Santa	42	30	71,43%
Alm.Tamandaré do Sul	11	10	90,91%
Alto Alegre	17	15	88,24%
André da Rocha	17	19	111,76%
Barracão	68	63	92,65%
Cacique Doble	68	65	95,59%
Camargo	38	33	86,84%
Campos Borges	52	47	90,38%
Capão Bonito do Sul	29	11	37,93%
Carazinho	869	628	72,27%
Casca	60	35	58,33%
Caseiros	43	25	58,14%
Ciríaco	58	58	100,00%
Coqueiros do Sul	21	21	100,00%
Coxilia	48	0	0,00%
David Canabarro	48	41	85,42%
Ernestina	40	32	80,00%
Espumoso	242	161	66,53%

Gentil	15	9	60,00%
Ibiaçá	39	30	76,92%
Ibiraiaras	80	73	91,25%
Ibirapuitã	54	41	75,93%
Lagoa dos Três Cantos	14	11	78,57%
Lagoa Vermelha	372	335	90,05%
Lagoão	91	60	65,93%
Machadinho	76	76	100,00%
Marau	447	222	49,66%
Mato Castelhana	32	24	75,00%
Maximiliano de Almeida	70	64	91,43%
Montauri	13	4	30,77%
Mormaço	36	26	72,22%
Muliterno	27	27	100,00%
Não me Toque	202	135	66,83%
Nicolau Vergueiro	21	11	52,38%
Nova Alvorada	58	44	75,86%
Paim Filho	59	58	98,31%
Passo Fundo (sede)	2627	2512	95,62%
Pontão	53	45	84,91%
Sananduva	123	102	82,93%
Santa Cecília do Sul	8	4	50,00%
Santo Antonio do Palma	14	12	85,71%
Santo Antonio do Planalto	24	14	58,33%
Santo Expedito do Sul	33	26	78,79%
São Domingos do Sul	26	28	107,69%
São João da Urtiga	44	39	88,64%
São José do Ouro	92	93	101,09%
Serafina Correia	157	94	59,87%
Sertão	86	83	96,51%
Soledade	474	379	79,96%
Tapejara	222	120	54,05%
Tapera	143	120	83,92%
Tio Hugo	27	23	85,19%

Tunas	65	58	89,23%
Tupanci do Sul	19	12	63,16%
Vanini	17	13	76,47%
Victor Graeff	32	26	81,25%
Vila Langaro	22	22	100,00%
Vila Maria	31	18	58,06%
7ª CRS	2.765	2.402	86,87%
Aceguá	71	82	115,49%
Bagé (sede)	1755	1507	85,87%
Candiota	151	93	61,59%
Dom Pedrito	568	535	94,19%
Hulha Negra	107	90	84,11%
Lavras do Sul	113	95	84,07%
8ª CRS	2.884	2.447	84,85%
Arroio do Tigre	201	174	86,57%
Caçapava do Sul	450	336	74,67%
Cachoeira do Sul (sede)	1205	1000	82,99%
Cerro Branco	51	51	100,00%
Encruzilhada do Sul	386	356	92,23%
Estrela Velha	45	44	97,78%
Ibarama	63	57	90,48%
Lagoa Bonita do Sul	48	45	93,75%
Novo Cabrais	43	47	109,30%
Passa Sete	72	69	95,83%
Segredo	100	88	88,00%
Sobradinho	220	180	81,82%
9ª CRS	1.785	1.503	84,20%
Boa Vista do Cadeado	32	22	68,75%
Boa Vista do Incra	40	34	85,00%
Colorado	11	16	145,45%
Cruz Alta (sede)	945	788	83,39%
Fortaleza dos Valos	49	56	114,29%
Ibirubá	227	177	77,97%
Jacuizinho	34	33	97,06%

Quinze de Novembro	51	50	98,04%
Saldanha Marinho	22	22	100,00%
Salto do Jacuí	194	171	88,14%
Santa Barbara do Sul	117	102	87,18%
Selbach	63	32	50,79%
10ª CRS	8.288	6.773	81,72%
Alegrete (sede)	1056	859	81,34%
Barra do Quaraí	49	55	112,24%
Itacorubi	40	32	80,00%
Itaqui	634	515	81,23%
Maçambará	61	43	70,49%
Manoel Vianna	94	80	85,11%
Quaraí	337	288	85,46%
Rosario do Sul	652	569	87,27%
Santa Marguarida do Sul	22	10	45,45%
Santana do Livramento	1275	959	75,22%
São Borja	854	728	85,25%
São Gabriel	817	722	88,37%
Uruguaiana	2397	1913	79,81%
11ª CRS	2.604	2.026	77,80%
Aratiba	63	59	93,65%
Áurea	29	25	86,21%
Barão de Cotegipe	66	48	72,73%
Barra do Rio Azul	7	5	71,43%
Benjamin Constant do Sul	39	37	94,87%
Campinas do Sul	60	52	86,67%
Carlos Gomes	25	22	88,00%
Centenário	35	32	91,43%
Charrua	73	73	100,00%
Cruzaltense	19	17	89,47%
Entre Rios do Sul	33	28	84,85%
Erebango	41	39	95,12%
Erechim (sede)	1228	857	69,79%
Ercal Grande	80	75	93,75%

Estação	86	75	87,21%
Faxinalzinho	32	33	103,13%
Floriano Peixoto	16	16	100,00%
Gaurama	66	46	69,70%
Getúlio Vargas	211	177	83,89%
Ipiranga do Sul	14	10	71,43%
Itatiba do Sul	64	58	90,63%
Jacutinga	33	26	78,79%
Marcelino Ramos	52	33	63,46%
Mariano Moro	23	17	73,91%
Paulo Bento	10	10	100,00%
Ponte Preta	17	15	88,24%
Quatro Irmãos	22	19	86,36%
São Valentim	28	27	96,43%
Severiano de Almeida	43	23	53,49%
Três Arroios	24	21	87,50%
Viadutos	65	51	78,46%
12ª CRS	2.998	2.521	84,09%
Bossoroca	71	79	111,27%
Caibaté	59	58	98,31%
Cerro Largo	155	138	89,03%
Dezesseis de Novembro	31	32	103,23%
Entre Ijuís	113	106	93,81%
Eugênio de Castro	40	36	90,00%
Garruchos	40	37	92,50%
Guarani das Missões	80	73	91,25%
Mato Queimado	24	21	87,50%
Pirapó	20	24	120,00%
Porto Xavier	137	102	74,45%
Rolador	32	26	81,25%
Roque Gonzales	82	60	73,17%
Salvador das Missões	19	20	105,26%
Santo Angelo (sede)	1070	801	74,86%
Santo Antonio das Missões	149	157	105,37%

São Luis Gonzaga	570	466	81,75%
São Miguel das Missões	110	99	90,00%
São Nicolau	74	77	104,05%
São Pedro do Butiá	34	33	97,06%
Sete de Setembro	23	22	95,65%
Ubiretama	22	18	81,82%
Vitoria das Missões	43	36	83,72%
13ª CRS	4.297	3.391	78,92%
Candelária	462	405	87,66%
Gramado Xavier	63	56	88,89%
Herveiras	59	61	103,39%
Mato Leitão	37	35	94,59%
Pantano Grande	109	117	107,34%
Passo do Sobrado	57	52	91,23%
Rio Pardo	479	393	82,05%
Santa Cruz do Sul (sede)	1606	1135	70,67%
Sinimbu	129	88	68,22%
Vale do Sol	128	131	102,34%
Vale Verde	47	42	89,36%
Venancio Aires	823	643	78,13%
Vera Cruz	298	233	78,19%
14ª CRS	2.623	2.064	78,69%
Alecrim	59	56	94,92%
Alegria	45	39	86,67%
Boa Vista do Buricá	58	36	62,07%
Campina das Missões	49	53	108,16%
Cândido Godói	72	62	86,11%
Dr Mauricio Cardoso	40	27	67,50%
Giruá	228	182	79,82%
Horizontina	265	157	59,25%
Independência	98	74	75,51%
Nova Candelária	27	24	88,89%
Novo Machado	45	43	95,56%
Porto Lucena	44	43	97,73%

Porto Mauá	21	20	95,24%
Porto Vera Cruz	17	17	100,00%
Santa Rosa (sede)	885	703	79,44%
Santo Cristo	148	119	80,41%
São José do Inhacorá	14	11	78,57%
São Paulo das Missões	64	65	101,56%
Senador Salgado Filho	26	18	69,23%
Três de Maio	292	215	73,63%
Tucunduva	53	46	86,79%
Tuparendi	73	54	73,97%
15ª CRS	2.252	1.821	80,86%
Barra Funda	34	31	91,18%
Boa Vista das Missões	26	22	84,62%
Braga	64	66	103,13%
Cerro Grande	45	41	91,11%
Chapada	84	80	95,24%
Constantina	114	100	87,72%
Coronel Bicaco	115	99	86,09%
Dois Irmãos das Missões	30	18	60,00%
Engelho Velho	27	21	77,78%
Gramado dos Loureiros	29	24	82,76%
Jaboticaba	63	63	100,00%
Lajeado do Bugre	40	30	75,00%
Miraguaí	53	50	94,34%
Nova Boa Vista	11	13	118,18%
Novo Barreiro	39	35	89,74%
Novo Xingú	18	17	94,44%
Palmeira das Missões (sede)	549	464	84,52%
Redentora	244	146	59,84%
Ronda Alta	139	80	57,55%
Rondinha	37	25	67,57%
Sagrada Família	42	44	104,76%
São José das Missões	43	41	95,35%
São Pedro das Missões	23	19	82,61%

Sarandi	268	187	69,78%
Três Palmeiras	50	48	96,00%
Trindade do Sul	65	57	87,69%
16ª CRS	4.238	3.432	80,98%
Anta Gorda	60	42	70,00%
Arroio do Meio	183	145	79,23%
Arvorezinha	133	112	84,21%
Barros Cassal	194	127	65,46%
Bom Retiro do Sul	142	136	95,77%
Boqueirão do Leão	149	130	87,25%
Canudos do Vale	24	20	83,33%
Capitão	32	30	93,75%
Colinas	17	13	76,47%
Coqueiro Baixo	8	8	100,00%
Cruzeiro do Sul	121	107	88,43%
Dois Lajeados	26	13	50,00%
Doutor Ricardo	15	20	133,33%
Encantado	194	133	68,56%
Estrela	347	301	86,74%
Fazenda Vilanova	38	39	102,63%
Fontoura Xavier	187	172	91,98%
Forquetinha	18	7	38,89%
Ilópolis	51	36	70,59%
Imigrante	20	17	85,00%
Itapuca	35	28	80,00%
Lajeado (sede)	907	676	74,53%
Marques de Souza	37	35	94,59%
Muçum	54	48	88,89%
Nova Brescia	36	37	102,78%
Paverama	63	60	95,24%
Poço das Antas	13	14	107,69%
Pouso Novo	17	18	105,88%
Progresso	75	75	100,00%
Putinga	45	35	77,78%

Relvado	16	12	75,00%
Roca Sales	79	65	82,28%
Santa Clara do Sul	53	37	69,81%
São José do Herval	34	37	108,82%
São Valentim do Sul	16	14	87,50%
Sério	19	18	94,74%
Tabaí	33	36	109,09%
Taquari	381	246	64,57%
Teutonia	295	266	90,17%
Travesseiro	18	17	94,44%
Vespasiano Correia	18	15	83,33%
Westfália	35	35	100,00%
17ª CRS	3.022	2.522	83,45%
Ajuricaba	96	58	60,42%
Augusto Pestana	66	58	87,88%
Bozano	20	26	130,00%
Campo Novo	67	66	98,51%
Catuípe	101	81	80,20%
Chiapeta	80	75	93,75%
Condor	86	95	110,47%
Coronel Barros	34	25	73,53%
Crissiumal	169	160	94,67%
Humaitá	40	40	100,00%
Ijuí (sede)	1071	813	75,91%
Inhacorá	42	43	102,38%
Jóia	138	125	90,58%
Nova Ramada	25	21	84,00%
Panambi	584	469	80,31%
Pejuçara	48	45	93,75%
Santo Augusto	186	159	85,48%
São Martinho	63	58	92,06%
São Valerio do Sul	57	55	96,49%
Sede Nova	49	50	102,04%

18ª CRS	4.411	3.311	75,06%
Arroio do Sal	90	90	100,00%
Balneário Pinhal	127	131	103,15%
Capão da Canoa	669	580	86,70%
Capivari do Sul	51	52	101,96%
Caraá	53	0	0,00%
Cidreira	141	122	86,52%
Dom Pedro de Alcântara	18	18	100,00%
Imbé	208	181	87,02%
Itati	39	35	89,74%
Mampituba	40	35	87,50%
Maquiné	72	60	83,33%
Morrinhos do Sul	32	33	103,13%
Mostardas	124	119	95,97%
Osório (sede)	525	410	78,10%
Palmares do Sul	155	114	73,55%
Santo Antonio da Patrulha	499	0	0,00%
Tavares	61	51	83,61%
Terra de Areia	86	96	111,63%
Torres	506	417	82,41%
Tramandai	666	495	74,32%
Três Cachoeiras	103	112	108,74%
Três Forquilhas	30	28	93,33%
Xangri-lá	116	132	113,79%
19ª CRS	2.745	2.443	89,00%
Alpestre	118	106	89,83%
Ametista do Sul	148	116	78,38%
Barra do Guarita	36	44	122,22%
Bom Progresso	41	38	92,68%
Caiçara	60	61	101,67%
Cristal do Sul	46	43	93,48%
Derrubadas	49	40	81,63%
Erval Seco	111	108	97,30%
Esperança do Sul	45	46	102,22%

Frederico Westphalen (sede)	359	264	73,54%
Iraí	107	87	81,31%
Liberato Salzano	70	53	75,71%
Nonoai	168	158	94,05%
Novo Tiradentes	35	33	94,29%
Palmitinho	75	74	98,67%
Pinhal	24	21	87,50%
Pinheirinho do Vale	45	50	111,11%
Planalto	143	132	92,31%
Rio dos Índios	44	29	65,91%
Rodeio Bonito	91	94	103,30%
Seberi	142	135	95,07%
Taquaruçu do Sul	34	39	114,71%
Tenente Portela	231	188	81,39%
Tiradentes do Sul	84	81	96,43%
Três Passos	275	254	92,36%
Vicente Dutra	98	84	85,71%
Vista Alegre	43	41	95,35%
Vista Gaucha	23	24	104,35%

* RNV/ano = Fonte SINASC/2005

**Testes Realizados = Fonte UFRGS/FACFAR/NATNEO

*** Cobertura da Rede de Saúde Pública (não computados dados de testes realizados por convênios e rede privada).

**** Fonte Caxias do Sul :Laboratório Hospital Municipal Caxias do Sul