

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 35 • n. 89 • abr./jun. 2011

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

184 EDITORIAL • EDITORIAL

188 APRESENTAÇÃO • PRESENTATION

ARTIGO ORIGINAL • ORIGINAL ARTICLE

Revisão

190 **Equidade em saúde: direcionando as políticas públicas para redução das desigualdades**

Equity in health: guiding public politics for inequalities reduction

Ana Valéria Carvalho Pires, Ariane Cristina Ferreira Bernardes, Ana Cecília Ferreira Mendes, Aline Santos Furtado, Dayana Dourado de Oliveira Costa, Nayra Anielli Lima Cabral, Nilza Bezerra Pinheiro da Silva, Sabrina Varão Oliveira Ribeiro

Ensaio

197 **Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise**

Old and new forms of intervention in health: models of care under review

Italla Maria Pinheiro Bezerra, Ana Karla Sousa de Oliveira, Cesar Cavalcanti da Silva, Eufrásio de Andrade Lima Neto, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

Relato de Experiência

207 **Gerência de trabalho: uma estratégia de inclusão social pela via do trabalho**

Work management: a strategy of social inclusion through work

Ana Cecília Álvares Salis

Pesquisa

217 **Fatores associados ao consumo de risco de álcool entre homens adultos na atenção primária à saúde**

Factors associated with risk alcohol consumption among male adults at primary health care

Selma Cristina Franco, Nelma Baldin, Mariluci Paiva

Pesquisa

228 **Desafios e perspectivas do SUS na Saúde Mental e as suas ocorrências em álcool e drogas: uma análise qualitativa**

Challenges and perspectives of the SUS in the Mental Health and alcohol and drug problems: a qualitative analysis

Marli Fernandes, Regina Figueiredo, Sílvia Bastos, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Maria de Lima Salum e Moraes, Marisa Feffermann, Sonia Isoyama Venancio

Relato de Experiência

239 **Reabilitação psicossocial de alcoolistas: relato de experiência**

Psychosocial rehabilitation of alcohol dependents: experience report

Fernanda Jorge Guimarães, Jaqueline Galdino Albuquerque, Simara Lopes Cruz, Suzana de Oliveira Manguiera

Pesquisa

247 **Educação em saúde sobre tabagismo no hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes: dados preliminares**

Smoking education in health in Cassiano Antônio Moraes university hospital: preliminary data

Lorena Albertasse, Mônica Nogueira Altoé, Marluce Miguel de Siqueira

Pesquisa

253 **Concepções de adolescentes do sexo masculino acerca da gravidez na adolescência**

Male adolescents' conceptions about pregnancy during adolescence

Karla Maria Duarte Silva, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, Wilma Dias de Fontes

- Relato de Experiência
- 263 **Contribuição do enfermeiro na promoção da saúde sexual do adolescente escolar**
Contribution of the nurse in promoting sexual health to teenager students
Cláudia de Souza, Cássia Barbosa Reis, Érica Bento Bernardes
- Pesquisa
- 272 **Vivências da sexualidade em adolescentes quilombolas**
Experiences of sexuality in quilombola adolescents
Emília Santiago Silvério, Kalina Vanderlei Silva
- Pesquisa
- 281 **A reprodução social na saúde do trabalhador: o desenvolvimento de políticas na fruticultura irrigada de Petrolina-PE**
The social reproduction in the worker health: policy development in the irrigated fruit production of Petrolina-PE
Lady-Anne Pereira Siqueira, Juliana Sampaio, Cheila Nataly Galindo Bedor, Lia Giraldo da Siva Augusto
- Pesquisa
- 292 **Estudo Psicossocial do Programa Saúde da Família - o que dizem seus atores**
A Psychosocial Study of the Saúde da Família Program – what their actors say
Ana Maria Blanques
- Ensaio
- 303 **Sobrecarga familiar no transtorno mental grave: uma introdução**
Family burden in severe mental disorder: an introduction
Maria Goretti Andrade Rodrigues, Letícia Krauss Silva
- Pesquisa
- 315 **Correlação entre perfil sócio-sanitário e indicadores de produção odontológica**
Correlation between social-health profile and dental production indicators
Yuri Wanderley Cavalcanti, Renata de Oliveira Cartaxo, Edson Hilan Gomes de Lucena, Rosana Leal do Prado, Wilton Wilney Nascimento Padilha
- Pesquisa
- 321 **Regulação assistencial: estratégia de publicização do acesso a leitos da Unidade de Terapia Intensiva em Fortaleza, Ceará**
Care regulation: strategy to make the Intensive Care Units beds public in Fortaleza, Ceará
Claudiana Silva Cavalcante, Lúcia Conde de Oliveira
- Ensaio
- 331 **Vigilância ambiental em saúde – contribuição à política nacional de medicamentos**
Health environmental surveillance – contribution to the Brazilian national drug policy
Elda Falqueto, Débora Cynamon Kligerman, Simone Cynamon Cohen

RESENHA • CRITICAL REVIEW

Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira

Déborah Karollyne Ribeiro Ramos, Jacileide Guimarães

Editorial

Ao comemorar seus 35 anos de fundação, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) reafirma a importância da visão política de longo e amplo alcance a ser devidamente cultivada pelo movimento sanitário, de modo a expressar ideias que articulem o interesse público não somente no campo da saúde, como também em relação às grandes questões da sociedade e da vida democrática.

Entende-se que a retomada do movimento sanitário, que ocorreu gradualmente ao longo dos últimos cinco anos, precisa estar orientada para a formulação deste tipo de visão, para a qual ainda faz falta definir estratégias específicas, algo que só pode ser alcançado mediante continuado debate nos anos a frente. Ademais, em relação aos partidos e governos, vale salientar a necessidade de manter o espírito da autonomia política, que deve estar presente na elaboração dos documentos e proposições identificados com o movimento.

A este respeito, parece aconselhável buscar inspiração em exemplos marcantes da história do movimento, atestados por decisões criativas que foram tomadas em face de certos conflitos de natureza institucional. Dois momentos cruciais podem ser rememorados aqui: o do batismo do movimento, em 1995, e o da agenda da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996.

No início da chamada Nova República, houve uma polêmica em torno da bandeira a ser adotada pelo conjunto do movimento. Alguns pensavam que o objetivo mais importante seria radicalizar e universalizar as ações integradas de saúde, as quais vinham sendo promovidas em conjunto pelo Ministério da Saúde e pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Outros queriam a fusão imediata desses dois órgãos, com a formulação de um novo projeto para o setor. Mas ambas as propostas tinham caráter fortemente institucional, estas jamais permitiriam que o movimento sanitário abraçasse o projeto mais amplo de mudança e democratização da sociedade, em conexão com outras mobilizações sociais da época. Tal ponderação foi explicitamente apresentada por Sergio Arouca, sob influência da experiência italiana. Arouca convenceu a todos que era necessário um projeto de amplo e longo alcance, o qual denominou-se finalmente de Reforma Sanitária. Os jovens militantes de atualmente talvez não saibam, mas esta expressão muito oportuna – que indicava ser necessário repensar e reformar todo o campo da saúde e com a qual se batizou o movimento – só obteve uso generalizado a partir de 1985.

O segundo exemplo decorre ainda da incontestada liderança exercida por Arouca. Às vésperas da 8ª Conferência de 1986, tornou-se agudo o embate entre duas correntes do movimento, uma ligada ao INAMPS e outra ligada ao Ministério da Saúde. Parecia ser inevitável transplantar esse confronto político-institucional aos debates da Conferência, sobretudo em face da proposta então vigente de promover uma imediata fusão dessas duas instituições. Mas, durante o período preparatório, Arouca habilmente contrapõe-se a essa polêmica meramente institucional. Na

abertura, ela dá o tom que seria seguido no evento: a defesa intransigente do direito à saúde. Foi assim que o movimento sanitário pôde naquele momento formular com muita minúcia as mudanças que seriam futuramente incluídas no arcabouço constitucional do setor saúde, a começar pelo artigo 196, que caracteriza a saúde como direito de todos e dever do Estado.

É hora de refletir sobre estas duas lições e formular novos objetivos e estratégias, especialmente em face do novo impulso desenvolvimentista, o qual, segundo o que muitos brasileiros esperam, deverá ser desencadeado pelo governo da presidente Dilma. Cabe perguntar novamente: como deve o movimento sanitário, nessa nova conjuntura, articular o interesse público, não somente no campo da saúde, mas igualmente em relação às grandes questões da sociedade, começando pela questão democrática do desenvolvimento?

A Diretoria Nacional

Editorial

To celebrate its 35 years of existence, the Brazilian Center for Health Studies (CEBES, *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*) reaffirms the importance of a broad-range political view by the sanitary movement in order to express ideas that articulate the public interest not only regarding health, but also the big issues of society and democratic life.

It is known that the resumption of the sanitary movement, which has gradually happened in the past five years, needs to be directed to the development of this kind of vision; for that, it is still necessary to define specific strategies, and this can only be achieved with a continuous debate in the next years. Also, regarding parties and government, it is worth to mention the need to keep the spirit of political autonomy, which must be present in the preparation of documents and proposals related to the movement.

As to this aspect, it seems an interesting idea to be inspired by remarkable examples in the history of the movement, which were confirmed by creative decisions made when facing some institutional conflicts. Two crucial moments may be recalled here: the baptism of the movement, in 1995, and the 8^a National Health Conference (*8^a Conferência Nacional da Saúde*), in 1996.

In the beginning of the so called *New Republic* in Brazil, there was certain polemic about the flag to be adopted by the movement. Some thought it would be more important to be radical and globalize the integrated actions of health that were being promoted by the Ministry of Health and the old National Institute of Medical Care and Social Welfare (*Instituto Nacional de Assistência de Previdência Social – INAMPS*). Others wanted the immediate merge of these institutions and the development of a new project for the sector. But both proposals were strongly institutional, and neither would ever allow the sanitary movement to embrace the broader project of change and democratization of the society together with other social movements of the time. Such analysis was presented by Sergio Arouca, who was influenced by the Italian experience. Arouca convinced everyone of the need to have a broad-range project, which was eventually called Sanitary Reform. Young militants of today may not know it, but this very adequate expression – which showed it was necessary to rethink and reform the whole health field, and with which the movement was baptized – was only generally used after 1985.

The second example results from the unquestionable leadership of Arouca. Before the 8^a Conference of 1986, the tensions between the two movements – one related to INAMPS, and the other to the Ministry of Health – were heightened. It seemed inevitable to transplant this political institutional confront to the debates of the Conference, especially regarding the proposal (which was valid then) to promote the immediate merge of both institutions. However, during the preparatory period, Arouca was opposed to this merely institutional polemic. At the event opening, it suggests what was to come: the strict defense of the

right to health. That is how the sanitary movement could precisely articulate the changes that would later be included in the constitutional structure of the health sector, starting from article 196, which defines health as a right for all and duty of the state.

It is time to think about these two lessons and come up with new goals and strategies, especially considering the new developmentalist impulse, which, according to the expectations of many Brazilians, should be unleashed by the government of president Dilma. It is important to ask again: in this new scenario, how should the sanitary movement articulate the public interest not only in the health field, but also regarding the big issues of society, starting with democracy in development?

The National Board

Prosseguimos o ano comemorando os 35 anos da revista *Saúde em Debate*, certos de que permanecemos fiéis ao nosso projeto de colaborar com a construção de um pensamento crítico no campo da saúde. Fomos pioneiros nesse sentido e não abrimos mão de persistir na intenção de fazer de nossa revista um instrumento de transformação social e da saúde com vistas a uma sociedade melhor.

Na mesma linha de pensamento e de estratégia, o CEBES comemora seus 35 anos com a realização do 2º Simpósio de Política e Saúde, no período de 7 a 9 de julho, na sede da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília, de forma inovadora, lançando com antecipação em sua página na internet as teses relacionadas aos temas mais cruciais no campo da saúde para estimular e aprofundar os debates.

Estamos confiantes de que desse evento sairão muitas novas propostas que nos ajudarão a reescrever os rumos de nossas políticas de saúde e, em breve, essas ideias e debates estarão compondo as páginas das próximas revistas.

Decidimos agilizar também as apresentações dos números da revista, destacando apenas que temos um amplo espectro de interesses, o que caracteriza nossa publicação, com artigos que vão da questão da equidade, dos modelos assistenciais, regulação, assistência odontológica, vigilância ambiental, dentre outros, mas com ênfase em dois temas que foram selecionados para a chamada da capa: a crescente preocupação das políticas públicas com a questão da dependência do álcool e outras drogas e o cuidado aos adolescentes. Esses temas, para os quais devemos estar atentos, revelam a preocupação e o interesse da sociedade.

As capas de 2011 estão homenageando nosso aniversário. Escolhemos quatro ilustrações que marcaram a revista nos seus primeiros anos de vida e, em cada número, uma delas encabeça a sequência. No número anterior, informamos qual era e assim faremos com todas elas. A deste número é de autoria de Luiz Díaz e trata da banalização do trabalho do médico, tema da capa da revista número 2, de 1977, que refletia o início das lutas sindicais e trabalhistas que apenas começavam e encontravam eco na criação do CEBES e do Movimento Renovação Médica (REME).

Boa leitura!

Paulo Amarante
Editor Científico

We continue to celebrate the 35 years of the journal *Saúde em Debate*, being sure to have remained faithful to our project to cooperate with the construction of critical thought regarding the health field. We were pioneers in this sense, and did not give up the intention to make our publication an instrument of social and health transformation, aiming at a better society.

In this line of thinking and with the same strategy, CEBES celebrates its 35 years with the 2nd Symposium of Politics and Health (*2º Simpósio de Política e Saúde*), from July 7 to 9, in the office of *Fundação Oswaldo Cruz*, in Brasília, in an innovative way. The idea is to release theses related to the most important subjects regarding the health field in the webpage of the event in order to stimulate and deepen the debates.

We are confident that many new proposals will come from this event, and this will help us rewrite the courses of our health policies and, soon, these ideas and debates will take part in our next publications. We have also decided to enhance the presentation of the publication issues, emphasizing that a broad interest spectrum characterizes our publication, with articles related to equity, welfare models, regulation, dental care, environmental surveillance, among others, but two subjects which were selected for the cover deserve special attention: the increasing concern of public policies towards the dependency of alcohol and other drugs and adolescence care. We should discuss these themes, which reveal the concern and interest of society.

The covers of 2011 honor our birthday. We have chosen four illustrations that marked the journal in its first years of existence and, each issue, one of them is heading each sequence. In the previous issue, we informed which one it would be, and we will do so with the next ones. The illustration on this number is Luiz Diaz's, and it deals with the increasing banality of medical work. This was the cover subject of issue number 2, from 1977, and it demonstrated the beginning of union and labor fights, which had repercussion with the creation of CEBES and the Movement of Medical Renewal (*Movimento de Renovação Médica – REME*).

Enjoy your reading!

Paulo Amarante
Scientific Editor

Equidade em saúde: direcionando as políticas públicas para redução das desigualdades

Equity in health: guiding public politics for inequalities reduction

Ana Valéria Carvalho Pires¹, Ariane Cristina Ferreira Bernardes², Ana Cecilia Ferreira Mendes³, Aline Santos Furtado⁴, Dayana Dourado de Oliveira Costa⁵, Nayra Anielly Lima Cabral⁶, Nilza Bezerra Pinheiro da Silva⁷, Sabrina Varão Oliveira Ribeiro⁸

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
valeria.yokokura@hotmail.com

² Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA.
ariane_bernardes@hotmail.com

³ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA.
anacecilia_nutri@yahoo.com.br

⁴ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA.
alinesanf@yahoo.com.br

⁵ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA.
dayanadourado@gmail.com

⁶ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA.
n_anielly@yahoo.com.br

⁷ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA.
nilzinha21@hotmail.com

⁸ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA.
sabrinarvarao@yahoo.com.br

RESUMO Entre os princípios norteadores do sistema de saúde, a equidade tem sido tratada com maior relevância. Mais do que tratar todos iguais, teria um valor de justiça, buscando dar mais a quem precisa mais. Assim, equidade em saúde é o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente. Portanto, esta revisão objetivou refletir sobre a equidade como estratégia de fortalecimento do processo democrático, permitindo gerar um impacto positivo sobre as desigualdades sociais em saúde nas populações atendidas. É imprescindível a discussão acerca desse tema, uma vez que as políticas públicas em saúde devem ser voltadas ao interesse público e à promoção da equidade.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade; Desigualdades em saúde; Políticas públicas.

ABSTRACT Among the guiding principles of the health system, equity has been treated with greater relevance. More than treat all people equally, it would have a value of justice, seeking to give more to those who need most. Thus, equity in health is the result of policies that treat individuals who are not equal in different ways. Therefore, this review aimed to reflect on equity as a strategy for strengthening the democratic process, allowing to generate a positive impact on social inequalities in health in the populations served. It is essential the discussion on this topic, since the public health policies should be directed to the public interest, promoting equity.

KEYWORDS: Equity; Health inequalities; Public policies.

Introdução

As formas históricas por meio das quais os homens distribuem suas riquezas na sociedade influenciam diretamente na epidemiologia das doenças nas populações, gerando diversidades. Tais disparidades se expressam por meio de renda, educação e classe social, correspondendo, nesse caso, à materialização das desigualdades (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Com a finalidade de reduzir as desigualdades e considerando-se as diversidades das sociedades é que surge o princípio norteador do sistema de saúde, a equidade, que tem sido tratada atualmente com maior relevância, pois, apesar de seu dever estar garantido formalmente, seu efetivo exercício não está sendo assegurado. Isto porque sua implementação depende da distribuição de recursos financeiros como condição necessária, mas não suficiente (EGRY, 2007; MACINKO; STARFIELD, 2002).

Isso permite a incorporação da dimensão de justiça social nas análises conceituais, quando o tema de desigualdade em saúde passa a ser tratado para além das diferenças entre os grupos sociais (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Segundo Sen (2001), a teoria da justiça de John Rawls é a mais influente e talvez a mais importante apresentada neste século. Ela considera que justiça não é somente atribuir a cada qual a mesma coisa, mas carrega um sentido distributivo que implica igualdade de oportunidades, tendo em vista as diferentes necessidades dos cidadãos (RAWLS *apud* SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Estudos apontam para um forte e persistente gradiente socioeconômico em saúde, com as classes menos favorecidas sempre em desvantagem em relação às mais ricas. Evidências recentes não só de persistência, mas também de aumento das desigualdades em saúde, em vários países, ao longo do tempo, têm chamado mais a atenção sobre o tema (PAPAS *et al.*, 1993; DIDERICHSEN; HALLQVIST, 1997; MARANG-VAN DE MHEEN *et al.*, 1998).

Observa-se que tratamentos iguais podem não ser equitativos, na medida em que numa determinada intervenção entre duas pessoas uma delas pode desfrutar de condições superiores que permitam melhores e

mais rápidos resultados do que na outra. Neste caso, a igualdade de tratamento gera desigualdade de resultado (EGRY, 2007; TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Portanto, não seria mais equitativo proporcionar melhores cuidados aos mais vulneráveis? Como desempenhar, então, um tratamento mais justo e igualitário que alcance a totalidade das populações nas suas necessidades?

Com base nesses questionamentos, o objetivo desta revisão foi refletir sobre a equidade como estratégia de fortalecimento do processo democrático de maneira que permita gerar um impacto positivo sobre as desigualdades sociais em saúde nas populações atendidas.

Nesse sentido, serão discutidos aspectos conceituais sobre desigualdade e equidade em saúde, bem como as possibilidades e desafios das políticas públicas para a redução dessas desigualdades.

Conceito e dimensões das desigualdades em saúde

Após a década de 1970, diferentes países do mundo ampliaram o debate sobre as desigualdades em saúde e, conseqüentemente, sobre o processo de conformação de práticas, ações e intervenções públicas socialmente mais efetivas na área. A publicação do Informe Lalonde pelo governo canadense em 1974, a estratégia 'Saúde para Todos no Ano 2000', definida no âmbito da 'Assembléia Mundial de Saúde', em 1977, e a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) representam importantes marcos nesta trajetória (MAGALHÃES, 2007).

As desigualdades em saúde são percebidas e tem se tornado objeto de atenção em diferentes modelos de sistemas de saúde, nos países mais desenvolvidos e nos mais pobres e em regimes políticos e sociais variados (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

No Brasil, cresce o debate sobre os perfis epidemiológicos nos diferentes grupos sociais e sobre as profundas diferenças regionais relativas aos serviços de saúde no que se refere à capacidade instalada, ao financiamento das ações, ao acesso e ao padrão de utilização. A reflexão em torno das possibilidades de consumir serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade

entre os indivíduos que teriam as ‘mesmas necessidades de saúde’ tem sido combinada à questão do tratamento desigual para indivíduos com necessidades distintas (MAGALHÃES, 2007).

O estudo exploratório *Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil - OPAS/MS* voltou-se ao aperfeiçoamento das informações sobre desigualdades em saúde no Brasil. Analisou dados nacionais de mortalidade, natalidade, morbidade e também de oferta e cobertura dos serviços de saúde, mostrando o padrão assimétrico dos indicadores de saúde nas diferentes regiões do país (SILVA; BARROS, 2002).

Segundo Viana, Fausto e Lima (2003), esse tema passou a ser tratado para além das diferenças entre os grupos, incorporando nas análises conceituais a dimensão da justiça social. Esse enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de desigualdade, remete à análise para o campo político, com incorporação de valores éticos e morais explícitos nas bases contratuais de determinada sociedade.

Desigualdade em saúde é, então, um termo que se refere às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconomicamente distintos que imprimem padrões diferenciados de morbimortalidade nos grupos sociais. Apesar de haver outras definições para esse termo, considera-se aqui o conceito especificado como a distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde entre grupos populacionais distintos (BRASIL, 2002).

Desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam

atendidas. Inversamente, por indução da oferta, existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades. Na verdade, segundo a Lei de Hart (1971), os diversos mecanismos que interferem na oferta de serviços fazem com que os recursos sejam distribuídos inversamente às necessidades (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

As dimensões da desigualdade em saúde são atribuídas a diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento, que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais, e/ou as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde (MACKENBACH; KUNST, 1997).

Os diferentes perfis de doença e suas mediações sociais ultrapassam o estudo de variações biológicas e incorporam o foco na dimensão social das vulnerabilidades e nos mecanismos complexos que sustentam a relação entre a dinâmica das desigualdades e as condições de saúde (MAGALHÃES, 2007).

Apesar de existir um consenso de que pobreza se articula a piores condições de saúde numa ‘causalidade bidirecional’, é importante reconhecer que a pobreza e a desigualdade social têm múltiplas faces e dimensões. Portanto, relacionar as situações de vulnerabilidade com a saúde envolve conceitos que ultrapassam as fronteiras disciplinares (MAGALHÃES, 2007).

É bem verdade que o grau de desigualdade, seus determinantes e efeitos diferem entre as sociedades e internamente nos próprios países. O que se quer enfatizar, no entanto, é o caráter contemporâneo e universal dessa questão e suas implicações na formulação e condução de políticas que podem ou não interferir nos diferenciais de desigualdades resultantes de processos sociais, políticos e econômicos (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Equidade em saúde: aspectos conceituais

Embora não seja uma novidade conceitual, é recente o tema da equidade como princípio do Sistema Único de Saúde, passando a receber maior atenção na década de 1980. Esse princípio transborda o acesso aos serviços de saúde para princípio orientador das políticas públicas (SCOREL, 2001).

Conforme Perelman (1996), equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais, com impacto sobre os determinantes sociais da saúde, o que corresponderia à participação e governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia.

A equidade tem sido tratada segundo algumas dimensões: em relação às condições de saúde onde as doenças não se distribuem igualmente entre as camadas populares; existem variações biológicas (sexo, raça) que determinam as diferenças no adoecer e morrer e principalmente as diferenças socialmente determinadas por condições socioeconômicas que tornam certos grupos mais vulneráveis. Em relação também ao acesso e utilização dos serviços de saúde, que consideram a possibilidade de consumir serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com as mesmas necessidades de saúde, no acesso e nas barreiras para o acesso a esses serviços (na atenção básica e demais níveis de atenção) e na qualidade dos serviços (SCOREL, 2001; TRAVASSOS *et al.*, 2000; VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

É preciso considerar que a utilização dos serviços, além de ser influenciada pelo perfil das necessidades de cada grupo populacional, também está condicionada por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

A esfera pública da igualdade é a mediação necessária entre um contexto de necessidades, que apresenta desigualdades, e o usufruto da liberdade. A solidariedade se expressa na construção coletiva de patamares de satisfação de necessidades básicas. A noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime (SCOREL, 2001).

A equidade, mais do que tratar todos iguais, teria um valor de justiça, ou seja, de se buscar dar mais a quem precisa mais. Isso implica em prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades. Dessa forma, equidade em saúde é o resultado de

políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente (SOUZA, 2007; SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Um dos marcos dessa discussão é a estratégia formulada pela OMS – ‘Saúde Para Todos no Ano 2000’, que visa à promoção de ações de saúde baseadas nas noções de necessidades, destinadas a atingir a todos, independentemente de raça, gênero, condições sociais, entre outras diferenças que possam ser definidas socioeconômica e culturalmente (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde. No aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-la, com consequente redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas (WHITEHEAD, 1991).

Starfield (2001, p. 553) discute o conceito indicado por Whitehead (1991) e propõe a seguinte definição para equidade em saúde, por ela considerada alternativa:

Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical).

Utilizado no âmbito do direito para representar a ascendência da justiça sobre a legalidade, o conceito de equidade, ou a sua falta, a iniquidade, tem sido empregado em análises sobre desigualdades sociais em saúde para qualificar aquelas consideradas como inaceitáveis, por sua elevada magnitude ou por sua demonstrada vulnerabilidade às ações factíveis (SILVA; BARROS, 2002).

As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais. Em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de

serviços também é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades relativas a adoecer e morrer, existentes entre os grupos sociais (SILVA; BARROS, 2002; TRAVASSOS *et al.*, 2000).

As diferenças de ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde são mediadas social e simbolicamente. Desse modo, refletem interações entre diferenças biológicas e distinções sociais por um lado e iniquidades sociais por outro, tendo como expressão empírica as desigualdades em saúde. Por esse motivo, tratar teoricamente o problema da equidade em saúde toma como imperativo examinar as práticas humanas, sua determinação e intencionalidade no que diz respeito a situações de interação entre os sujeitos sociais (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Embora se considere que a inclusão do princípio de equidade na formulação de políticas de saúde não garantida, de imediato, a implementação de políticas que resultem em melhores níveis de equidade (na prestação de serviços), esse debate vem alcançando relevância no setor, promovendo importante redefinição nos rumos das políticas de saúde (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Possibilidades e desafios das políticas públicas para a redução das desigualdades sociais em saúde

A Constituição Federal de 1988 se tornou um marco para o setor da saúde ao garantir que a saúde é um direito de todos e que é dever do Estado promovê-la. E deve ainda garantir políticas sociais e econômicas que reduzam o risco das doenças e agravos e que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001).

Assim, as políticas de saúde no Brasil e, em boa parte, no mundo, são conduzidas para otimizar os escassos recursos e para organizar um sistema de saúde eficaz e suficiente que atenda as necessidades de saúde da população. Essas políticas ampliam a participação democrática e a garantia dos direitos de cidadania, mediante um sistema de saúde com características de cunho igualitarista, sustentado

pela ideia de justiça social (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que se apresenta como possibilidade de desenvolvimento e possui uma dimensão de superação da exclusão social e da desigualdade em saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida. Ele não se limita apenas à prestação de serviços hospitalares ou no cuidado da doença, mas está imbricado no âmbito social com objetivos de bem-estar social. Por isso, a dimensão processual do SUS é uma política pública em constante construção (BRASIL, 2006; TELES, 2006; SILVA; LESSA, 2008).

Portanto, o princípio da equidade é fundamental para a priorização dessas ações, tendo em vista a gradual diminuição das desigualdades sociais, pois há flagrante heterogeneidade da população no tocante às suas necessidades em saúde e acesso aos serviços. Tratar essas diferenças é entrar no terreno da diversidade e da pluralidade da condição humana. Por isso, esse princípio deve ser orientador das políticas. Deve direcionar os programas, ações e serviços de saúde para a redução dessas desigualdades, oferecendo acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, não admitindo nenhum tipo de discriminação, mesmo sendo positiva ou negativa (FLEURY, 1994; ESCOREL, 2001; EGRYI *et al.*, 2007).

Políticas públicas equânimes devem partir do reconhecimento da saúde como direito, da priorização das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça e estabelecimento de mecanismos correspondentes de financiamento (ESCOREL, 2001).

A intervenção sobre os mecanismos de estratificação social é o mais crucial para combater as iniquidades em saúde, incluindo-se políticas que diminuam diferenças sociais e os diferenciais de exposição a riscos. Além disso, o alvo deverá ser os grupos que vivem em condições insalubres, trabalham em ambientes pouco seguros e que estejam expostos a deficiências nutricionais (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

As iniquidades de informação também são consideradas um importante determinante das iniquidades de saúde, na medida em que o acesso iníquo a

conhecimentos e informações prejudica a atuação local e coletiva dos membros de uma sociedade para a mudança de estruturas, comportamentos e políticas. O acesso universal à informação deve, portanto, ser parte essencial do processo de definição de políticas de saúde voltadas para a equidade (PELLEGRINI FILHO, 2004).

Assim, Whitehead (1991) aponta que as políticas nacionais de saúde, planejadas para a população como um todo, não podem preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos se o impacto mais importante sobre a saúde/doença se faz sentir nos grupos mais vulneráveis da sociedade. Resultados equitativos pressupõem redistribuições desiguais de recursos, produzidas por ajustes efetuados em função dos fatores determinantes das desigualdades existentes.

Partindo desse princípio, a questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde é a redução ou a eliminação das diferenças, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde. Os problemas de saúde devem ser enfrentados por meio de um conjunto complexo de políticas, capaz de dar conta da diversidade de condições de vida dos grupos populacionais brasileiros. É claro que isso é um enorme desafio (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

O objetivo das políticas de equidade, então, seria reduzir ou eliminar essas diferenças, resultantes de fatores considerados, ao mesmo tempo, evitáveis e injustos. Tais políticas seriam dirigidas tanto às raízes dos problemas, diminuindo riscos diferenciados, como à promoção de políticas de saúde que respondessem às necessidades de saúde criadas justamente por aquelas iniquidades (SENNA, 2002).

Portanto, políticas voltadas para a equidade pressupõem redistribuição desigual de recursos, por causa dos ajustes que devem ser efetuados em função de fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes, alcançando uma maior participação social na definição dessas políticas. Deve-se também buscar multiplicar os espaços para a expressão dos diferentes interesses e a construção de consensos, estreitando as relações entre política de saúde, desigualdades sociais e equidade nas diversas regiões do país (TRAVASSOS *et al.*, 2000; PELLEGRINI FILHO, 2004).

Considerações finais

Proporcionar aos indivíduos de uma sociedade uma justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde com equidade constitui um grande desafio, ainda mais num país como o Brasil, onde os problemas relacionados às desigualdades sociais em saúde são inúmeros. Porém, compreende-se que a implementação de políticas públicas direcionadas ao alcance dessa equidade é o caminho para combatê-los.

Nesse sentido, pôde-se perceber de forma ampla que equidade em saúde refere-se ao atendimento das necessidades em saúde que são socialmente determinadas, à medida em que os cuidados de saúde são apenas um entre os inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. Com isso, a ação isolada dos serviços de saúde não é suficiente para resolver o conjunto das iniquidades em saúde, mas certamente pode contribuir para reduzi-las.

Dessa maneira, é essencial a busca por uma equidade tanto vertical quanto horizontal, para que a redução dessas diferenças possa atuar positivamente sobre as desigualdades sociais em saúde nas populações atendidas.

Portanto, o exercício da equidade em saúde deve se materializar no processo de formulação de políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que possam ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Políticas voltadas para equidade pressupõem redistribuição desigual de recursos, por causa dos ajustes que devem ser efetuados em função de fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes.

Enfim, é imprescindível que as políticas de saúde se consolidem como políticas públicas voltadas ao interesse público e à promoção da equidade, superando o âmbito setorial e diminuindo as desigualdades existentes. É necessário, portanto, o fortalecimento do processo democrático de definição destas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles, permitindo a defesa dos seus interesses e a contemplação tanto da equidade, quanto da eficácia e eficiência dos sistemas de saúde. ■

Referências

- ALMEIDA, C. et al. A Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Equidade. *Research in Public Health, Technical Papers 17*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.
- ARTELLS, J. Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización e acceso. In: *Planificación y economía de la salud en las autonomías*. Madrid: Masson, 1983.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006.
- _____. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- _____. *O SUS e o controle social: Guia de referência para Conselheiros Municipais/ Eugênia Lacerda*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório final, 2008.
- DIDERICHSEN, F.; HALLQVIST, J. Trends in occupational mortality among middle aged men in Sweden 1961-1990. *International Journal of Epidemiology*, v. 26, p. 782-787, 1997.
- EGRYI, E.Y. et al. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade: uma abordagem geral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, p. 762-764, 2007.
- ESCOREL, S. 2001. *Os dilemas da Equidade em Saúde: aspectos conceituais*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2010.
- FLEURY, S. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 44-52, 1994.
- LE GRAND, J. Equidad, salud e atención sanitaria. In: *Salud e equidad: VIII jornadas de Economía de Salud*. España, 1988.
- MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal for Equity in Health*, Baltimore, v. 1, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.equityhealth/healthj.com/content/1/1/1>>. Acesso em: 17 set. 2010.
- MACKENBACH, J.P.; KUNST, A.E. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, v. 44, n. 6, p.757-771, 1997.
- MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 667-673, 2007.
- MARANG-VAN DE MHEEN, P.J. et al. Socioeconomic differentials among men within Great Britain: time trends and contributory causes. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 52, p. 214-218, 1998.
- MOONEY, G.H. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, v. 1, p. 179-184, 1983.
- PAPPAS, G. et al. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *The New England Journal of Medicine*, v. 329, n. 2, p. 103-109, 1993.
- PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 339-350, 2004.
- PERELMAN, C. *Ética e direito*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- ROUSSEAU, J.J. *O Contrato social e outros escritos*. São Paulo: Cutrix, 1986.
- SEN, A. *Desigualdade reexaminada*. Tradução de Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Record, 2001.
- SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, Suplemento, p. 203-211, 2002.
- SILVA, J. B.; BARROS, M.B.A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, v. 12, n. 6, p. 375-383, 2002.
- SILVA, L.M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 217-226, 2009.
- SILVA, M.P.; LESSA, S.N. Desenvolvimento Social e Políticas Públicas de Saúde: possibilidades e desafios. 2008. Disponível em: <<http://www.coloquiointernacional.unimontes.br/2008/arquivos/173mariapatriciasilva.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2010.
- SOUZA, R.R. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, p. 765-770, 2007.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, v. 13, n. 3, p. 545-566, 2001.
- TELES, N. A construção social da pobreza pela saúde pública (1918-1922 e 2002). In: BALSÀ, C.M.; BONETI, L.W.; SOULET, M.H. (Orgs.) *Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional*. Ijuí: Unijuí, 2006.
- TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.
- VIANA, A.L.D.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. Política de Saúde e Equidade. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 217-226, 2009.
- WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 1991.

Recebido para publicação em Junho/2010
Versão definitiva em Dezembro/2010
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise

Old and new forms of intervention in health: models of care under review

Italla Maria Pinheiro Bezerra¹, Ana Karla Sousa de Oliveira², Cesar Cavalcanti da Silva³, Eufrásio de Andrade Lima Neto⁴, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva⁵

¹ Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).
itallamaria@hotmail.com

² Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB; Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
annaharla@yahoo.com.br

³ Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); Professor do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB; Professor do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB.
profccs@yahoo.com.br

⁴ Doutor em Ciências da Computação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Professor do Departamento de Estatística da UFPB; Professor do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB.
eufrasio@de.ufpb.br

⁵ Doutora em Enfermagem pela USP; Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB.
anatmc8@yahoo.com.br

RESUMO Historicamente, a organização do sistema de saúde brasileiro constituiu-se com base em diferentes formas de intervir sobre o processo saúde-doença, denunciando a diversidade de modelos assistenciais na realidade dos serviços. Assim, objetivou-se refletir sobre a evolução histórica da atenção à saúde do Brasil e os desafios em busca de um modelo de atenção que atenda à complexidade dos problemas demandados pelo setor. Evidenciou-se que as características dos modelos assistenciais no país diferem quanto à organização dos serviços e processo de trabalho, revelando a necessidade de chamar os profissionais de saúde à reflexão sobre o seu trabalho e o modelo assistencial que lhe é subjacente.

PALAVRAS-CHAVE: Modelos de atenção; Atenção à saúde; Prática profissional.

ABSTRACT *Historically, the organization of the Brazilian health system was formed based on different ways to speak on the health-disease process, denouncing the diversity of models of care in the reality of services. Thus, the objective was to reflect on the historical evolution of health care services in Brazil and the challenges in search of a care model that addresses the complexity of the issues demanded by this area. It was evident that the characteristics of care models in the country differ in the service organization and work process, revealing the need to draw health professionals to reflect on their work and care model that underlies it.*

KEYWORDS: *Models of attention; Health care; Professional practice.*

Introdução

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se por um período de cerca de 80 anos, configurando um tipo de padrão de proteção social que só foi modificado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Buscava-se a reestruturação do sistema de saúde mediante algumas estratégias e, após a Constituição de 1988, seguiu-se a construção social do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde de acordo com princípios e diretrizes estabelecidos pela Carta Magna (PAIM, 2003).

Para atingir a universalização do acesso aos serviços, a partir da integralidade e equidade no atendimento público de saúde à população, consolidando, desse modo, os princípios do sistema de saúde brasileiro, o Ministério da Saúde implementou a Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando superar a lógica do modelo de atenção à saúde tradicional, centrado na doença e que tinha no médico a figura central da assistência (BRASIL, 1994; 2006a).

Embora venha conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação, no sentido de mudanças político-institucionais e a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, sobretudo a partir da implementação da ESF, o SUS ainda é uma proposta em desenvolvimento e, em alguns aspectos, ainda está muito distante das proposições do movimento sanitário, o que põe em risco sua legitimidade política e social (FEURWERKER, 2005).

Assim, as transformações do modo de organizar e gerir a atenção à saúde vêm sendo consideradas indispensáveis para a consolidação do SUS, tendo em vista a necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação das práticas de diferentes profissionais e esferas da assistência.

Torna-se relevante, portanto, refletir criticamente sobre o processo de evolução dos modelos assistenciais no Brasil, visando à produção de novos conhecimentos para que seja possível implementar propostas mais efetivas e eficazes, tendo em vista a elevação da qualidade dos serviços prestados à população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Neste estudo, apresenta-se uma reflexão da evolução histórica da forma como tem se estruturado a atenção a saúde no Brasil e os desafios que se colocam na busca de um modelo de atenção à saúde que atenda à complexidade que caracteriza a realidade atual, enfatizando o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Metodologia

O presente estudo compreende uma reflexão sobre a evolução histórica dos modelos de atenção à saúde no Brasil. Para esta reflexão, optou-se por um estudo substancializado em fontes secundárias da literatura pertinente à temática, que correspondem a artigos de periódicos nacionais e internacionais e produções recentes sobre a atenção à saúde no Brasil, modelos de atenção em saúde e Processo de Trabalho em saúde.

Discussão

Modelos assistenciais: conceitos, características e evolução no Brasil

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo assistencial que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006a). Para Ribeiro (2007), as propostas de mudanças de modelos assistenciais vêm sendo utilizadas com diferentes conotações, ora direcionadas para a organização institucional, buscando viabilizar a oferta de ações de saúde, ora com o sentido de reorientação das práticas, redefinindo o processo de trabalho.

Para Merhy *et al.* (1997), um modelo assistencial constitui-se na organização da produção de serviços com base em uma determinada conformação de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais. Tendo em vista que a um dado modelo de atenção à saúde subjaz as dimensões assistencial e tecnológica que respondem à sua expressão enquanto

projeto político, o autor opta pela denominação ‘modelos tecnoassistenciais’, de modo a contemplar essas dimensões.

Silva Júnior e Alves (2007) compartilham de tal compreensão ao conceberem modelo assistencial enquanto o modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Trata-se, portanto, de uma forma de organização e articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de indivíduos e coletividade.

De acordo com Carvalho e Cunha (2006), os modelos assistenciais se constituem como um arranjo que busca fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde. Resultam, dentre outros aspectos, da coerência entre as definições sobre o complexo universo das relações causais que conformam certa compreensão do processo saúde/doença, e das respostas tecnológicas daí resultantes.

Diferentes modelos assistenciais figuraram ao longo da história da saúde no Brasil, refletindo, via de regra, demandas políticas e econômicas, em detrimento das necessidades sociais. No Período Colonial, a organização sanitária espelhava-se nas ações desenvolvidas pela metrópole. Os problemas de higiene eram da responsabilidade das autoridades locais e restringiam-se a preocupações com a sujeira das cidades, fiscalização dos portos e comércio de alimentos (PAIM, 2009).

Por ocasião das epidemias as ações compreendiam a formação de comissões locais, que agiam a cada episódio relevante ou por intermédio da câmara de vereadores. Contudo, a depender da gravidade da situação, as decisões poderiam ficar centralizadas no nível de governo, o que, ao longo do tempo, determinou práticas sanitárias que não conseguiam atingir a todos de forma indiscriminada, sendo, portanto, incapazes de resolver os problemas de saúde da população. Os mais pobres sofriam com essa condição, enquanto os mais favorecidos economicamente recorriam à assistência de médicos particulares (PAIM, 2009).

A proclamação da República inaugurou uma nova etapa política e econômica no país. No âmbito político, o Estado adquiriu maior autonomia, deixando de

configurar-se enquanto expressão dos interesses das oligarquias regionais. Na esfera econômica, a industrialização foi instaurada, ainda que de forma limitada em virtude da insuficiência técnica e financeira do capital industrial nacional (MESQUITA, 2008).

Nesse período, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas na luta contra as epidemias de febre amarela, varíola, peste, entre outras, que assolavam o país, configurando, a partir dessa prática, uma política de saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora da época e que se mantém como modalidade de intervenção até os dias atuais no combate às endemias e epidemias. Destaca-se, nesse sentido, a figura do médico Oswaldo Cruz, responsável pela implementação do modelo das campanhas sanitárias (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; RAMOS, 2007).

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, tiveram início as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde que resultaram na organização dos trabalhadores juntos às empresas para constituir as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), regulamentadas pelo Estado por meio da Lei Elói Chaves (decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923). A partir de então, a assistência médica individual foi se tornando questão de Saúde Pública, o que levou à sua progressiva institucionalização, sendo assumida como atribuição central permanente e obrigatória (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; PAULI, 2007).

A vinculação ao mercado de trabalho dava aos trabalhadores o direito de receber aposentadorias e pensões além do acesso à assistência médica, o que era possível por meio da contribuição de empregadores e empregados além de um parcela financiada pelo Estado a partir da criação de impostos. A assistência médica era, portanto, previdenciária e garantida somente aos segmentos assalariados urbanos da sociedade brasileira (COHN, 2006).

A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuação com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas, por meio de programas especiais (vacinação, puericultura, e tuberculose, por exemplo). Esses programas

eram organizados exclusivamente com base nos saberes tradicionais da biologia e da epidemiologia, deixando, portanto, de levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variedade de manifestações do estado de saúde da população, de acordo com o contexto no qual se insere, razão pela qual foram denominados Programas Verticais (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O modelo de saúde baseado em programas estruturou as redes estaduais de saúde, com uma assistência voltada para os segmentos mais pobres da população, cabendo aos segmentos mais abastados da sociedade, a busca por cuidados nos consultórios médicos privados. Ainda nesta década, as CAPs transformaram-se em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A partir de 1950, com a formulação de políticas de substituição de importações para promover a industrialização do país, houve o deslocamento do polo econômico para os centros urbanos, gerando uma massa operária que deveria ser atendida com outros objetivos pelos sistemas de saúde: garantir mão-de-obra saudável para a indústria, atuando sobre o corpo do trabalhador, na manutenção e restauração de sua capacidade produtiva e não mais tendo como alvo principal os corredores de circulação de mercadorias exportáveis (BALESTRIN; BARROS, 2009). Assim, mais uma vez as ações e serviços de saúde no país são regidos pela lógica da produção, direcionando os investimentos para a assistência previdenciária em detrimento das ações em saúde pública (RAMOS, 2007; MENDES, 1993).

Assim, o modelo de atenção à saúde sanitaria, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, foi sendo substituído por um modelo que se constitui concomitantemente com o crescimento e a mudança qualitativa da previdência social brasileira (MENDES, 1993).

Ainda nesse contexto, houve uma grande mudança na assistência com a construção de hospitais, atendendo às necessidades de uma crescente indústria de equipamentos médicos e de medicamentos, com uma consequente desvalorização da assistência prestada em unidades de saúde. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, encarregado de atividades de educação sanitária,

inspeção médica de estrangeiros, trabalhos com crianças e gestantes (PAULI, 2007).

Na década de 1970, a luta pela democratização das políticas, antes confinadas às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passou cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Toda essa efervescência democrática intensificou-se na década de 1980 por meio do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário Brasileiro (FLEURY, 2009).

Para Silva (2007), no que concerne à esfera política, o final da década de 1970 e início da década de 1980, assistiu-se a uma mobilização de parte da sociedade civil brasileira que reivindicava a saúde como direito universal dos cidadãos e dever do Estado. Nesse processo, começavam a ser reveladas as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área de saúde, implicando na superação da visão da saúde em sua esfera estritamente técnica, rompendo-se a dicotomia prevenção-cura na construção de um novo objeto de estudo e atuação (FLEURY, 2009).

Sistema Único de Saúde: uma proposta de mudança da atenção a saúde no Brasil

O modelo de atenção à saúde no Brasil foi historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença. No entanto, o rompimento deste paradigma veio com o ordenamento jurídico-institucional de criação e implantação de um novo sistema de saúde, uma vez que modelos anteriores não respondiam aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo, novos princípios emergiam da sociedade como apelo à sedimentação do conceito de saúde como condição de cidadania (SCHERER, MARINO; RAMOS, 2005).

Desta forma, o acoplamento estrutural entre a sociedade civil e as novas propostas políticas e econômicas, em especial da década de 1980, permitiu uma democratização do espaço social no Brasil que forjou as

bases de uma nova cultura política. Essa nova cultura política, que colocou a sociedade civil em diálogo direto com o Estado, se fez sentir particularmente no setor da saúde pública, exercendo influência significativa no processo de reorganização da saúde pública no país (FUNHMANN, 2004).

Com o advento da Reforma Sanitária, observou-se uma proposta de mudança de paradigma relacionada aos modelos assistenciais, a partir da proposição de novos conceitos que foram materializados na Constituição Federal de 1988, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus princípios ético/doutrinários de integralidade, universalidade e equidade (LUCENA *et al.*, 2006).

A consolidação do projeto desta Reforma aconteceu no ano de 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de um número expressivo de membros da sociedade civil, evidenciando um caráter democrático inexistente em Conferências anteriores e durante a qual foram definidas as bases político-ideológicas que subsidiaram a elaboração da nova Constituição brasileira (COUTINHO; CUNHA, 2005; SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Deste modo, o país passou a ter uma política de saúde claramente definida enquanto política social, de relevância pública, implicando, portanto, em mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídicos, político-institucional e técnico-operativo (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Os fundamentos legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País. No entanto, sua regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, com as leis 8.080 e 8.142, nas quais se destacam os princípios organizativos e operacionais do sistema, tais como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado com base municipal e o controle social e por sucessivas leis, que, desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A lógica adotada pelo SUS encontra-se, portanto, respaldada em princípios ético/doutrinários e

organizacionais/operativos, em que os primeiros compreendem a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, enquanto os segundos referem-se à descentralização, regionalização e hierarquização da rede e a participação social. (BRASIL, 2000). Para Ramos (2007), os princípios do SUS expressam os objetivos e concepções subjacentes ao sistema e que devem fundamentar o desenvolvimento e implementação de políticas e práticas sanitárias, como forma de concretizar a reestruturação do modelo assistencial vigente.

Assim, percebe-se que o SUS, dentre outros propósitos, foi idealizado para que houvesse uma reestruturação no modelo de assistência até então efetivado, de modo a superar a avassaladora dicotomia entre práticas curativas e preventivas. A mudança deveria contemplar uma reestruturação organizacional das equipes e serviços de saúde, com objetivo de maior aproximação com a clientela, com capacidade de resolução de problemas apresentados (CAMPOS, 2003). Para Ermel e Fraccolli (2006), com a implantação do SUS, os serviços públicos de saúde passaram por um processo importante de revisão do modelo assistencial de maneira que novas práticas se instituíram.

Contudo, as conquistas políticas e jurídicas na esfera do direito à saúde aliadas aos avanços organizativos e assistenciais proporcionados com a implantação do SUS não foram suficientes para superar os problemas de atenção à saúde no país. A despeito da efetivação de alguns dispositivos, a exemplo dos mecanismos de descentralização, o sistema mostrava (e ainda mostra) sinais de esgotamento para o adequado enfrentamento dos desafios que se colocavam para a saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Nessa perspectiva, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, o Programa de Saúde da Família, posteriormente assumido como estratégia. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O Programa Saúde da Família compreende uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em

novas bases e critérios, a partir de mudanças no objeto de atenção, na forma de agir e na organização dos serviços de saúde. Tem como objetivo principal a transformação das práticas assistenciais orientadas segundo uma visão biologicista do processo saúde doença que determina ações eminentemente curativas, bem como uma assistência centrada na figura do médico e com foco no ambiente hospitalar (BRASIL, 1997; 2001).

A atenção passa, então, a ser centrada na família, compreendida a partir do ambiente físico e social em que vive, segundo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença no sentido de intervenções de maior impacto e significado social de modo a superar práticas eminentemente curativas (BRASIL, 1997).

Nesse contexto, a equipe de Saúde da Família, composta minimamente por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, é responsável pela adscrição da clientela, realizando o cadastramento e acompanhamento da população, no intuito de atuar na efetivação dessas ações de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

A assistência adquiriu um novo formato também através da delimitação das práticas de saúde a um espaço territorial definido, acentuando a ideia de vínculo, que define uma aproximação e constituição de referências entre profissionais e usuários, no sentido do estabelecimento de laços de compromisso e corresponsabilidade entre ambos (FRANCO; MERHY, 2007).

Para Merhy (2002), a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no interior de projetos mais abrangentes oriundos do processo da reforma sanitária brasileira, trazendo consigo possibilidades de transformar o setor saúde, sobretudo no que se refere ao modelo de atenção à saúde. Para tanto, pressupõe uma transformação radical no processo de produção do cuidado em saúde, pois determina a reorientação de uma lógica centrada nas ofertas de consumo dos atos de saúde, para outra lógica, pautada pelas necessidades de saúde.

De acordo com Scherer, Marino e Ramos (2005), os documentos do Ministério da Saúde têm abordado a ESF como uma ação estruturante dos sistemas municipais de saúde, com potencial para provocar o reordenamento do modelo de atenção vigente. Nesse sentido,

sua operacionalização não se coloca como uma tarefa simples, o que sugere a necessidade de compor uma equipe com capacidade de articular as diversas políticas sociais e recursos, de maneira a contribuir para a identificação das causalidades e das multiplicidades de fatores que incidem na qualidade de vida da população. Desse modo, para as novas ações são exigidas mudanças nas abordagens do indivíduo, da família e da comunidade.

Diante disso, a proposta desta Estratégia parte do reconhecimento de que a mudança do modelo assistencial hegemônico não pode prescindir da reorganização do processo de trabalho, sobretudo no que se refere à centralidade das ações e saberes médicos, o que determina a estruturação do trabalho a partir da composição de equipes multiprofissionais (MERHY, 2007).

Para Cardoso e Nascimento (2010), a centralidade do trabalho em equipe na ESF se justifica pela possibilidade de desenvolvimento de ações com vistas a uma abordagem integral e resolutiva, a partir de uma construção compartilhada e coletiva, envolvendo os diversos saberes e práticas ali atuantes. Nesse sentido, ao buscar maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes, este modo de trabalho possibilita autonomia e criatividade de todos os envolvidos, favorecendo, assim, maior integração da equipe, ultrapassando, desta forma, o modelo técnico hierarquizado, característico do modelo Biomédico.

Segundo Abrahão (2007), o trabalho em equipe, enquanto expressão da integralidade das ações, demanda uma atuação transdisciplinar. Entretanto, o que tem prevalecido no interior das equipes são recortes multidisciplinares ou interdisciplinares, que enfocam uma lógica de estratificação que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o *status quo* de cada corporação profissional que compõe a equipe de saúde da família. Lemos, Reineiros e Moraes (2006) ressaltam, contudo, que a transdisciplinaridade representa uma experiência desafiadora no âmbito do trabalho em equipe, que inclui a tolerância, o respeito, a superação da verticalização de poder para uma situação de maior equilíbrio entre as práticas e ações.

Pensar em integralidade no contexto da ESF remete, ainda, ao fato de o SUS ter sido gestado sob o formato de rede de serviços, o que implica na unificação

de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema. Assim, a integralidade da atenção à saúde está também condicionada à constituição dessa rede de serviços (SANTOS; ANDRADE, 2008).

Para Silva (2008a), as redes de atenção à saúde no SUS apresentam fortalezas e debilidades, subprodutos do processo histórico de construção do SUS que se constituem em obstáculos importantes para sua efetivação, por serem ainda desarmônicas e fragmentadas do ponto de vista sistêmico.

Nesse sentido, a constituição de uma rede de serviços de saúde na atenção básica pressupõe a existência de serviços de atenção básica dispersos em quantidade suficiente em um dado território, com garantia de facilidade de acesso e qualidade das ações para o atendimento das necessidades, prevenção de agravos e promoção da saúde. Destaca-se, nesse sentido, a necessária articulação com outros setores (educação, meio-ambiente, infraestrutura, etc.) bem como o acesso a serviços de maior densidade tecnológica e de apoio, constituindo ligações verticais e horizontais na malha da rede (SILVA, 2008b).

A esse respeito, Santos e Andrade (2008) ressaltam que a noção de redes de atenção à saúde não implica a mera junção de serviços e organizações. Requer, pois, a adoção de elementos que dêem sentido ao entrelaçamento de ações e processos a fim de potencializar recursos e meios.

A despeito de todas as dificuldades, tem sido possível observar o destaque em certa medida expressivo que a ESF tem tido quando comparada aos serviços tradicionais, sobretudo em relação às práticas de territorialização, ao vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas, em coerência com o cumprimento de seu referencial normativo. No entanto, o acesso permanece como um grande nó crítico, com dificuldades na estrutura física e nas equipes, fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços, que compreendem entraves importantes para a integralidade da atenção (CONILL, 2008).

A ESF emerge, então, como uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, já que se distancia do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença, para então convergir com a compreensão dos modos de vida como

determinantes do processo saúde-doença (TESSER *et al*, 2010).

Entretanto, Feuerwerker (2005) assevera que as ideias e os valores oriundos do modelo Biomédico ainda são predominantes na sociedade, uma vez que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS, salientando que essas ideias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Conforme Silva e Caldeira (2010), a contribuição da ESF para a melhoria dos indicadores de saúde no país é indiscutível. Desde a sua implantação, é possível observar a ampliação significativa do acesso da população aos serviços básicos de saúde, além de ter sido determinante para a aproximação dos profissionais de saúde à realidade de vida dos usuários. Contudo, não é possível afirmar que essa estratégia foi suficiente para a efetiva reestruturação do modelo assistencial, sobretudo no que concerne a promoção de mudanças nos processos de trabalho, já que a manutenção da lógica da assistência centrada na consulta médica tem implicado no desenvolvimento insuficiente dos atributos desse nível de atenção.

Deste modo, Faria e Araújo (2010) defendem ser imprescindível que os profissionais de saúde apreendam a necessidade de uma ampliação do objeto de trabalho proposto pelo modelo biomédico, na percepção de que o cuidado envolve mais do que a realização de procedimentos, envolvendo também a promoção e o controle de riscos de adoecimento, valorizando as singularidades e apostando na autonomia dos sujeitos numa relação capaz de produzir cuidado.

Diante desses aspectos, partindo-se do pressuposto de que uma das principais dificuldades ao desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira e do SUS tem sido o insuficiente enfrentamento das temáticas da mudança do processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial, entende-se que apenas alterando a maneira como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento e dos indivíduos representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos que garantem o direito efetivo a saúde a todos os brasileiros (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Desta forma, entende-se que a efetivação dos princípios dos SUS, materializados em um modelo de atenção capaz de atender efetivamente às necessidades de saúde da população, passa necessariamente pela reflexão sobre a realidade dos serviços, sobre o que tem sido feito, como tem sido feito e qual a finalidade que guia a prática.

Considerações finais

Percebe-se que a evolução dos modelos de atenção no Brasil reflete a evolução histórica, econômica e social do país. Nesse sentido, ao analisar e propor mudanças nos modelos de atenção à saúde deve-se ter em mente a compreensão de que esses modelos buscam fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde.

É interessante destacar que, em toda evolução do sistema de saúde do Brasil, as mudanças ocorridas incidiram em transformações efetivas sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde. Desse modo,

evidenciou-se que as características dos modelos assistenciais já existentes no país se diferenciam quanto à organização do serviço e do trabalho em saúde, revelando a necessidade de chamar os profissionais de saúde à reflexão sobre o seu trabalho e o modelo assistencial que lhe é subjacente, e em que medida estes têm se constituído em consonância com os princípios do SUS.

Na última década do século passado e no limiar do século 21, as ações e serviços de saúde no Brasil foram sendo delineados em decorrência da estruturação e implementação do SUS e da implantação de uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a ESF. Tal realidade vem implicando em novas formas de se conceber o processo saúde-doença e, aliadas a essas, novas práticas assistenciais em todos os níveis de atenção à saúde.

Nesse sentido, compreender e incorporar os princípios e diretrizes que norteiam o modelo da ESF deve ser um propósito dos sujeitos que fazem desta Estratégia, pois apenas dessa forma é que profissionais de saúde e usuários poderão avançar no sentido de concretizar a proposta deste modelo. ■

Referências

- ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe em promoção da saúde*, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.
- ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A.L. Distritos Sanitários: concepção e organização. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Saúde & Cidadania).
- BALESTRIN, M.F.; BARROS, S.A.B.M. A relação entre o processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá*, v. 1, 2009, p. 18-41.
- BRASIL. *Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): Descentralização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, 2001.
- _____. *Política Nacional da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & saúde coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, suplemento 1, 2010.
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para pensar a mudança da organização da saúde. In: CAMPO, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*, 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.
- COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPO, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.
- CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos

- e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008.
- COUTINHO, E.S.F.; CUNHA, G.M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 2, p. 146-157, 2005.
- ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.
- FARIA, H.X.; ARAÚJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e sociedade*, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.
- FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- FUNHRMANN, N.L. Neoliberalismo, cidadania e saúde. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 4, n.1, p. 111-131, 2004.
- LEMOS, L.L.; REINEIROS, N.; MORAIS, V. *A transdisciplinaridade no trabalho em equipes do Programa Saúde da Família: um estudo de caso*. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- LUCENA, A.F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 2, p. 292-298, 2006.
- MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- _____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- _____. et al. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MESQUITA, A.C.S. *Crise no estado nacional desenvolvimentista e ajuste liberal: a difícil trajetória de consolidação do SUS (1988/2007)*. 2008. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.M. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. São Paulo: Medsi, 2003.
- _____. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PAULI, L.T.S. *A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- RAMOS, R.S. *Análise do arcabouço teórico-jurídico do Sistema único de Saúde: representações sociais na construção dos princípios ético-organizativos*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- RIBEIRO, F.A. *Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica*. 2007. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: BRASIL. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S.F. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008, p. 23-28.
- SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.
- SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.
- SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos assistenciais: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 27-41.
- SILVA, P.H.C. Neoliberalismo e Saúde Pública: uma difícil equação. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, v. 7, n. 2, p. 140-154, 2007.
- SILVA, S.F. Apresentação. In: SILVA, S.F. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA; CONASEMS, p. 15-20, 2008a.

_____. Redes de Atenção a saúde: Modelos e diretrizes operacionais. In: SILVA, S.F. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA; CONASEMS, p. 87-100, 2008b.

TESSER, C.D. *et al.* Concepções de Promoção da Saúde que permeiam o ideário de Equipes da Estratégia Saúde da Família da grande Florianópolis. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 3, n. 1, p. 42-56, 2010.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPO, G.W.S. *et al.* *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

Recebido para publicação em Agosto/2010
Versão definitiva em Dezembro/2010
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

Gerência de trabalho: uma estratégia de inclusão social pela via do trabalho

Work management: a strategy of social inclusion through work

Ana Cecília Álvares Salis¹

¹Especialista em Teoria Psicanalítica pela Universidade Estácio de Sá, campus Nova Friburgo; Coordenadora e Supervisora de grupos de Acompanhamento Terapêutico. anasalis@gmail.com

RESUMO Como proposta pioneira de inclusão social pela via do trabalho, o Projeto Gerência de Trabalho apresenta-se como modelo de uma nova prática de cuidados no campo da saúde mental, cujo objetivo é estabelecer as condições de acesso e permanência de pessoas com transtorno mental no mercado formal de trabalho. Partindo de diretrizes específicas, esse projeto pretende estabelecer as condições para o ingresso dessas pessoas no mercado de trabalho de maneira responsável e coordenada, além de possibilitar a uma parcela da população particularmente excluída do contrato social o exercício da sua cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Gerência de trabalho; Cidadania; Transtorno mental; Saúde mental.

ABSTRACT *As a pioneer proposal of social inclusion through employment, the Work Management Project presents itself as a model for a new practice for care giving within the mental health field, with the aim of establishing the access and permanency conditions for mentally disturbed people in the formal job market. Based on specific guidelines, this project intends to establish the conditions for the entrance of these people into the job market in a responsible and coordinated manner, besides making it possible for a portion of the population, particularly excluded from the social contract, to exercise their rights of citizenship.*

KEYWORDS: *Work management; Citizenship; Mental disorder; Mental health.*

Introdução

Ao participar (2004-2006) – a convite da Academia Brasileira de Ciências do Rio de Janeiro (ABC/RJ) – do Programa Integrando como bolsista da FAPERJ, coordenei e supervisionei o Centro de Assistência a Moradias e Trabalho na Cidade de Nova Friburgo, Rio de Janeiro, (CAMT/NF) para Portadores de Necessidades Especiais (PNE). A partir dessa experiência, investi na causa do trabalho para pessoas com deficiência e/ou transtorno mental por meio do Projeto ‘Gerência de Trabalho’.

Uma vez reconhecida essa experiência, fui convidada para trabalhar no Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), entre 2007 e 2009, no Rio de Janeiro, com o objetivo de também desenvolver o projeto de inclusão social para seus usuários pela via do trabalho. Em meados de 2009, comemorei minha primeira grande parceria, no âmbito privado, com a contratação do Projeto pela Rede Prezunic de Supermercados, Rio de Janeiro.

Admitindo-se o os riscos metodológicos implicados na construção desse projeto e conscientizando-se da necessária humildade na apresentação de uma nova proposta de intervenção no campo da saúde mental, pretende-se apresentar as diretrizes iniciais da Gerência de Trabalho como uma nova prática de cuidados que visa não apenas garantir o acesso e a permanência de usuários de saúde mental em postos de trabalho formal, como também pesquisar seus efeitos quanto à ampliação de possibilidades ao sujeito psicótico desde o campo da subjetividade até seus desdobramentos na proposta de sua efetiva participação no contrato social¹.

Trabalho e cidadania

Tanto a Academia Brasileira de Ciências² quanto o Instituto Municipal Nise da Silveira, em seus propósitos

de atenção ao campo da saúde mental, têm em comum o objetivo de promover a reintegração social, o direito à cidadania e a ampliação de laços sociais aos portadores de transtornos mentais, ou psicóticos³.

Alinhados aos ideais da Reforma Psiquiátrica, ambos investiram em programas e projetos envolvidos com estratégias de inclusão social. Uma delas diz respeito ao trabalho. É legítimo considerar o ‘trabalho’ como importante veículo para a ratificação da cidadania. Por esse viés, articula-se uma rede de possibilidades de compartilhamento social, da qual se pode obter o reconhecimento pelo outro como igual.

Tal noção de igualdade, que está intrinsecamente ligada à concepção de cidadania, inclui certo anonimato ou apagamento do sujeito no que se refere a sua singularidade (RINALDI, 2006, p. 141-148). Enquanto cidadãos, somos todos ‘iguais’ perante a Lei, com direitos e deveres assegurados. Resta saber se, de fato, iniciativas privadas e políticas públicas dedicadas à causa da cidadania ao sujeito psicótico implicam necessariamente o apagamento de sua inscrição social como ‘excluído’. Dar-lhes ‘voz’ quanto a seus direitos civis e sociais⁴ seria, então, o ponto sensível da questão, e o trabalho vem aqui cumprir o seu papel.

Ainda que haja no Brasil, desde a década de 1990, no contexto da Reforma Psiquiátrica, experiências importantes sobre trabalho e geração de renda para pessoas com graves transtornos mentais (LEAL, 2008), há muito que se investir em conhecimento sobre a possibilidade efetiva de sua inserção no mercado formal de trabalho. Ou seja, investir em experiências desvinculadas das propostas dos novos dispositivos substitutos do manicômio, tais como as oficinas de geração de renda, as cooperativas, as associações (movimento da Economia Solidária), ou quaisquer outras iniciativas restritas ao campo, conforme demanda de muitos usuários de saúde mental. Isso envolve o desafio que se concentra em não apenas estabelecer uma estratégia para garantir o acesso e a permanência dessas pessoas no mercado

¹ ‘Contrato social’ entendido aqui desde a Revolução Francesa, inspirada nos princípios universais de ‘Liberdade, Igualdade e Fraternidade’, frase de Jean-Jacques Rousseau (1762), até a Constituição Cidadã de 1988, que prevê um novo contrato de direitos iguais para todos.

² Sobre a ABC, consultar www.abc.org.br.

³ Embora se tenha que admitir os termos ‘portadores de transtorno mental’, ‘usuários’, ‘psicóticos’, atrelados aos discursos que querem justificar suas práticas no campo (GUERRA, 2008), neste trabalho serão utilizados também para designar o ‘louco’ na terminologia leiga.

⁴ Sobre cidadania e direitos civis, sociais e políticos no Brasil, ver José Murilo de Carvalho (2002).

formal de trabalho (considerando-se suas peculiaridades e a ausência de leis de proteção ao trabalho para pessoas que possuam apenas transtorno mental), mas também combater o estigma, promovendo a aproximação dessa população ao corpo social, admitindo-a num mesmo patamar de igualdade quanto ao exercício de direitos e deveres civis.

A proposta da Gerência de Trabalho, que trago mais adiante, visa ao resgate da cidadania do portador de transtorno mental, investindo em possibilidades reais para sua absorção no mercado formal de trabalho.

Gerência de trabalho (GT) e o modelo norte-americano de emprego apoiado

O projeto Gerência de Trabalho, que venho desenvolvendo nas cidades de Nova Friburgo e Rio de Janeiro (ambas no estado do Rio de Janeiro), surgiu a partir de um treinamento obtido nos Estados Unidos em *Support Employment, Job Coaches e Cuidadores*.

Como representante do Programa Integrando, da ABC/RJ (2004-2006), e pela parceria firmada para a troca de experiências entre brasileiros e norte-americanos, fui convidada a participar desse treinamento (80 horas)⁵, oferecido por organizações não-governamentais (ONGs) norte-americanas a alguns membros de ONGs brasileiras participantes do Programa.

O objetivo do treinamento foi colocar-nos em contato com as diferentes agências que oferecem, em grandes feiras, seus serviços e filosofia de trabalho aos ‘clientes’, portadores de deficiência e/ou transtorno mental. Assim, visitamos as seguintes agências: *Abilities Network* e *The ARC of Montgomery County* (primeira semana); *CHI Centers Inc.* e *The ARC of Southern Maryland* (segunda semana). Destas, a *Abilities Network*⁶ foi a que melhor atendeu às minhas expectativas e, por essa razão, tomei-a como referência para a orientação de meu trabalho no Brasil.

Embora a proposta dessa agência dirija-se, basicamente, às pessoas portadoras de epilepsia e autismo,

além de crianças (não incluindo outros diagnósticos de transtorno mental), o diferencial observado nela foi o fato de colocar seus ‘clientes’ em postos de trabalho formal, cumprindo horário alternativo (ou jornada diferenciada), utilizando os *job coaches* (gerentes de trabalho) em um esquema *one by one*. Ou seja, cada cliente contratado por uma empresa, e apenas um a cada período de trabalho, seria acompanhado por um gerente de trabalho para o treinamento de tarefas exigidas em contrato. Isso implica a estratégia de não apenas oferecer o suporte necessário às demandas de cuidados a essas pessoas, como também não agrupá-las num mesmo local, para facilitar a inclusão nos seus respectivos ambientes de trabalho. Aos *job coaches* caberia, então, a tarefa de acompanhar e treinar um cliente no próprio local de trabalho, intermediar a relação entre este, os colegas de trabalho e o empregador, além de buscar postos de trabalho compatíveis com seus interesses.

Com essa orientação, e contando com mais de 28 anos de lida com pacientes psiquiátricos, retornei ao Brasil com o firme propósito de trazer mais essa alternativa ao campo da saúde mental. Consciente do desafio que me aguardava, dei início a esse projeto, observando as necessárias adaptações de um modelo norte-americano para sua utilização junto a pessoas com graves transtornos mentais em nosso contexto sociocultural. Há mais de cinco anos, portanto, tenho essa experiência em curso, na intenção de pesquisar sobre o trabalho formal e seus desdobramentos no campo da saúde mental no Brasil.

A propósito das experiências de reinserção de pacientes com transtornos mentais graves no mercado de trabalho, Erotildes Leal, no ‘1º Seminário de Trabalho e Geração de Renda: Construção de uma Rede (2002)’, apresenta-nos os quatro mais importantes modelos internacionais existentes: as experiências norte-americana, anglo-saxônica, francesa e italiana. Embora problematize cada uma delas em seus respectivos contextos, a autora aponta o modelo americano de ‘emprego apoiado’ (utilizado pela GT) como uma das experiências mais efetivas na ajuda às pessoas com transtornos graves para

⁵Certificate of Achievement: This award certifies that Ana Cecília Alvares Salis (CAM-R), has successfully completed eighty (80) hours of training on the rehabilitation of persons with disabilities, with a special emphasis on: Job Manager and Cuidadores. The training was provided as part of a Brazil – United States collaborative project sponsored by the Bureau of Educational and Cultural Affairs (U.S. Department of State (Grant # S-ECAPE-04-GR-116 (JY), July 17- 29, 2005’.

⁶ Sobre esta Agência, consultar www.abilitiesnetwork.org.

obter e manter empregos competitivos. Essa perspectiva descrita pela autora deu ainda maior impulso à intenção de dar andamento a esse projeto no Brasil.

A experiência brasileira – breve mapeamento histórico e primeiras condições de possibilidades para a implantação da gerência de trabalho

Embora a inspiração dessa estratégia tenha sua origem no modelo de um país que há mais de 20 anos investe na inclusão social pela via do trabalho, no Brasil trata-se de experiência pioneira e, como tal, quer validar-se nesse contexto. Será, então, tomando por base o ideário e os efeitos da Reforma Psiquiátrica brasileira que pretendo apresentar a GT próxima à perspectiva de uma ação prático-teórica positiva de ‘invenção’ (VASCONCELOS, 2000, p. 182), como queriam os líderes do movimento italiano de reforma psiquiátrica, ou como uma nova ‘tecnologia de cuidados’, como nos aponta Fernando Tenório em sua dissertação de mestrado (2002).

Apesar de podermos resgatar na história a questão do trabalho no campo da Psiquiatria desde o primeiro movimento reformista da República – a partir de 1920, considerando-se as primeiras colônias agrícolas em São Paulo e Rio de Janeiro como as precursoras da prática do trabalho como meio de tratamento e reabilitação (GUERRA, 2008) – será a partir da década de 1980, em meio ao período de (re) democratização no país, mais precisamente a partir da aprovação da lei 10.216/2001 (TENÓRIO, 2002), que foram elaboradas, no Brasil, respostas mais efetivas quanto ao reclame à cidadania dos loucos. Das novas políticas do SUS, desde a progressiva desinstitucionalização da loucura – por meio da proposta dos novos dispositivos, ou dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – ao direito às moradias assistidas, muito se fez ao longo dos últimos 20 anos no campo da saúde mental, e muito se evoluiu no sentido de devolver aos asilados o direito à vida ‘extramuros’. E foram essas as conquistas necessárias para que se pudesse hoje oferecer a proposta de GT. Partindo de diretrizes que serão relatadas mais

adiante, a GT quer dar ‘ouvidos’ às demandas de trabalho formal por parte dessa população que ora é tutelada pelo diagnóstico de incapacidade laboral, ora é incapacitada para o trabalho pelo estigma social. Pois foi, sobretudo, no enfrentamento a esses entraves com políticas públicas efetivas e com alguma significativa mudança no entendimento social quanto à loucura que se conquistou o alargamento dos espaços de circulação do ‘louco’ para fora dos muros institucionais.

Para falar apenas do município do Rio de Janeiro, foi a partir de setembro de 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assume a gestão plena do SUS na cidade, que uma série de providências quanto aos novos dispositivos de atenção em saúde mental foram tomadas. Em 1996, inaugura-se o primeiro CAPS no município (TENÓRIO, 2002) e, desde então, vai-se ampliando a rede até a configuração dos serviços residenciais terapêuticos, com a bolsa de incentivo à desospitalização (Resolução SMS n. 942/2002). Esses resultados foram cruciais para que o campo e projetos sociais como a GT pudessem cogitar o ingresso dessa população no mercado formal de trabalho. Ou seja, foi a partir da conquista do direito à moradia e tratamento fora do asilo que se pôde oferecer essa via de acesso ao trabalho formal.

A gerência de trabalho

Enquanto ‘invenção’

Ainda que reconheçam nas sociedades ocidentais capitalistas os agenciamentos sociais e discursivos sobre a loucura – desde a Medicina científica do século 18 com Pinel (TENÓRIO, 2002) –, a GT vai tomar da ‘invenção’ italiana e do pragmatismo norte-americano o seu ponto de partida. Será pela via do entendimento de que a proposta reformista italiana de ‘invenção’ (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1994) contempla a ruptura com alguns paradigmas que a GT vem propor sua ação. E, a partir da inclusão de um novo agente no campo (o gerente de trabalho) e da decisão de levar em conta os discursos dos próprios loucos quanto à simples vontade de trabalhar ‘com carteira assinada’ (as CTPS), que a GT vai em busca das condições para

que isso aconteça. A ‘invenção’, somada ao pragmatismo, nesse caso, deu-se por uma ação afirmativa na construção de uma prática, a princípio, inexequível sob vários pontos de vista.

Como propor o ingresso de pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho formal, se para isso há tantos entraves, desde o diagnóstico, passando pela rígida organização do trabalho nos modos de produção capitalista, até a falta de leis de proteção ao trabalho para essas pessoas no Brasil? Eis os primeiros desafios.

Do acesso...

Situar qual a primeira grande dificuldade enfrentada para a implantação desse projeto seria tarefa bastante difícil. Portanto, de forma apenas esquemática, será primeiramente abordado o enfrentamento da questão ‘legal’ que envolve a possibilidade de acesso dessa população ao mercado de trabalho formal.

Sem medo de errar, poder-se-ia iniciar essa exposição afirmando que, se há alguma possibilidade de aceitação da GT por uma empresa, esta reside no que se possa oferecer em contrapartida ao empregador. Ou seja, a aceitação de ‘loucos’ em quadros funcionais inclui ‘riscos’ que a empresa só aceita por lei, ou por um generoso compromisso com a responsabilidade social. O viés mais efetivo é, certamente, o cumprimento da lei.

No Brasil, qualquer empresa com mais de 100 funcionários é obrigada a disponibilizar de 2 a 5% de seus postos de trabalho para portadores de deficiência (lei 8.213/91, Art. 93). É o chamado ‘plano de cotas obrigatórias’. A consequência referente ao não cumprimento da lei acarreta multas⁷, por vezes bastante desvantajosas para uma empresa. Considerando-se que apenas os portadores de transtorno mental não estão incluídos nessa lei, esse foi um ponto crucial a ser estudado para se cogitar o ingresso dos primeiros usuários em uma empresa. Pois foi a partir desse estudo que se descobriu a brecha necessária ao desfecho desse impasse. O decreto

5.296, de dezembro de 2004, artigo 5º, traz as seguintes definições:

- a) *Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (...)*
- d) *Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.*

Na associação entre esses itens foi encontrada a maneira de se propor a inclusão dessas pessoas no plano de cotas às empresas, portanto, a primeira possibilidade de ‘protegida’ de acesso ao trabalho formal. Há muitos usuários de saúde mental que apresentam também quadros de deficiência(s) associados.

... À permanência

Vencido esse impasse, chega-se ao momento da apresentação da estrutura do projeto, cujo objetivo é estabelecer as condições de permanência de usuários de saúde mental em postos de trabalho. A GT compreende que é absolutamente necessário o compromisso de ações coordenadas entre três instâncias, a saber: a empresa contratante, a coordenação da GT e os serviços de saúde mental aos quais pertençam os usuários. Para que a proposta chegue a bom termo, faz-se necessário que:

- as empresas contratantes viabilizem os contratos de trabalho contemplando jornadas diferenciadas (ou contratos por hora trabalhada), como também a contratação de estagiários para a função de ‘gerentes de trabalho’;
- os serviços de saúde mental trabalhem em estreita parceria com a coordenação da GT, para que se possa dar os devidos encaminhamentos às demandas de cuidados por parte de seus respectivos usuários, quando as questões forem pertinentes a eventuais ‘crises’ no trabalho;
- a GT coordene todas essas ações, além de orientar e supervisionar o trabalho dos ‘gerentes de

⁵ Certificate of Achievement: This award certifies that Ana Cecília Alvares Salis (CAM-R), has successfully completed eighty (80) hours of training on the rehabilitation of persons with disabilities, with a special emphasis on: Job Manager and Cuidadores. The training was provided as part of a Brazil – United States collaborative project sponsored by the Bureau of Educational and Cultural Affairs (U.S. Department of State (Grant # S-ECAPE-04-GR-116 (JY), July 17- 29, 2005).

⁶ Sobre esta Agência, consultar www.abilitiesnetwork.org.

⁷ Portaria nº 1199, de 28 de outubro de 2003.

trabalho' para o treinamento e acompanhamento de cada usuário.

Em linhas gerais, esses seriam os pilares de sustentação da GT, considerando-se que a pesquisa sobre seus efeitos estão em curso. Cabe agora contextualizá-las no plano geral do projeto.

Do suporte das empresas

Diferentemente de outras propostas de encaminhamento ao mercado formal de trabalho, a GT caracteriza-se por se dedicar a empregar não apenas usuários com transtorno mental, mas também àqueles que, em nenhuma hipótese, poderiam ingressar no mercado de trabalho sem o devido suporte. Esses seriam os portadores de 'graves' transtornos, que requerem atenção particular ainda que desejem e possam trabalhar com as suas carteiras de trabalho assinadas. Essa distinção é feita considerando-se que há muitos usuários até muito bem preservados que, apesar de conseguirem inserção profissional, perdem seus empregos por falta de apoio às suas dificuldades. Já os mais graves, ou com longo histórico de doença, não têm em seus perfis quaisquer características que os identifiquem à população economicamente ativa. No entanto, reúnem condições de trabalho, uma vez aceitas as limitações impostas pelo diagnóstico e que se aponte para essa possibilidade. Portanto, aqui se privilegia o poder de contratualidade dessas pessoas, em franca oposição à tutela ideológica que os identifica como incapazes ou irrecuperáveis (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1994, p. 63). Assim, a questão se concentraria na determinação da adequada equação para o ajustamento de interesses entre empregado e empregador, quando se propõe a contratação dessas pessoas.

É muito importante esclarecer que, quando apresentamos o projeto a uma empresa, não pedimos nenhuma espécie de favor ou caridade. A intenção é a de oferecer mão-de-obra (tanto qualificada, como orientada) em troca de um posto de trabalho. Contudo, considerando-se as peculiaridades dessa mão-de-obra, a proposta da GT contempla o acordo de uma jornada de trabalho diferenciada – contratações por hora trabalhada. É assim que os contratos podem variar de duas horas, duas vezes por semana (no caso de usuários

com graves transtornos), até oito horas diárias, dependendo de cada caso. Isso implica salários compatíveis ao tempo de trabalho. Nesse caso, ainda que alguns deles recebam salários muito baixos, os ganhos subjetivos indicam superar a quantia recebida em dinheiro. Além disso, é possível ainda considerar que os que participam do projeto estejam num mesmo patamar de 'igualdade' em relação a qualquer outro funcionário, já que todos ganham exatamente a mesma quantia por hora de trabalho.

Do suporte dos dispositivos de saúde mental

Quanto ao alinhamento das parcerias, elas se fazem necessárias na exata medida em que o projeto depende não só do comprometimento de empresas e de políticas públicas, mas também de todos os dispositivos envolvidos com a causa do trabalho para pessoas com transtorno mental.

A proposta de estreito diálogo com os técnicos e serviços de saúde mental a que pertençam os usuários em GT é condição essencial. O entendimento dessa prática compreende a lógica do 'cuidado' afastada do discurso propriamente terapêutico ou da clínica médica. Aqui, o trabalho quer respeitar essa atividade enquanto franco exercício de vontade e de direito, e não como extensão de projetos terapêuticos. Os benefícios que forem alcançados pelo trabalho serão considerados como ganho comum a todo trabalhador. As questões da clínica serão devidamente encaminhadas aos dispositivos que dela se ocupem.

Do suporte dos gerentes de trabalho

O gerente de trabalho é concebido como um novo agente, cuja função será dedicar-se ao suporte necessário aos usuários para a execução de tarefas, além de intervir e conhecer esse novo campo de trocas sociais. Ou seja, ainda que se considere o necessário manejo clínico por parte da equipe de GT, a sua diretriz de base é dedicar-se a viabilizar o trabalho com a orientação específica de encaminhar questões de tratamento para os serviços e técnicos envolvidos com cada usuário.

Dedicada a promover o trabalho, a GT pretende ater-se aos cuidados para que se possa dar acesso e sustentação ao emprego para usuários de saúde mental. Isso abrange estratégias que contemplam a loucura em

sua positividade afirmativa⁸, ainda que se considerem os devidos cuidados da clínica para a manutenção da possibilidade de trabalho e convívio social.

Esclarecidas essas primeiras orientações, serão apresentadas agora as etapas para a colocação em prática do trabalho de GT, desde o acolhimento do pedido de emprego por parte de usuários de saúde mental:

- a) a primeira etapa envolve as entrevistas realizadas apenas com os usuários interessados pelo trabalho. A partir dessas entrevistas é colhido o histórico de cada um para que seja elaborado um currículo, que pode ser utilizado por eles ou para que o projeto possa formalmente apresentá-los a eventuais empregadores;
- b) na segunda etapa, buscam-se postos de trabalho formal compatíveis com os interesses e/ou habilidades dos usuários. Privilegiam-se os interesses apontados durante a fase de entrevistas. Porém, são também consideradas as habilidades naturais para o exercício de algumas atividades, quando um usuário não sabe dizer no que gostaria de trabalhar. Nesses casos, concentramos a busca por funções compatíveis com tais habilidades;
- c) a terceira etapa diz respeito à GT quando há o interesse de determinada empresa pela contratação de um usuário. Seguindo a orientação do item 'b', caberá ao gerente de trabalho investigar junto ao empregador quais funções (ou mesmo quebra de funções) o usuário poderá desempenhar, de maneira vantajosa para ambos;
- d) Uma vez atendidas as exigências aqui descritas, a quarta etapa se iniciará no momento em que um gerente de trabalho atuará junto a um usuário, acompanhando-o e treinando-o em seu próprio local de trabalho, além de intermediar as suas relações com outros funcionários e empregador.

Vale ressaltar que, embora o trabalho de gerência possa permanecer por longos períodos, a duração máxima será de duas horas, duas vezes por semana, e cabe

ainda destacar que nunca se perde de vista o objetivo maior da GT, que é o encerramento do período de treinamento, para que o usuário possa seguir sozinho em seu trabalho. Neste caso, o trabalho de gerência ficará restrito ao acompanhamento à distância, podendo fazer contatos até mensais com a empresa contratante e com o usuário, para saber do andamento do processo e da satisfação de ambos. Além disso, ao gerente de trabalho também caberá a tarefa de intermediar as questões relacionadas a eventuais afastamentos para tratamento e acompanhamento médico. Por essa razão, fará parte de seu trabalho acompanhar a equipe de profissionais da área de saúde que se ocupa de cada um dos usuários. Com isso, o que se pretende é não só estabelecer a rede necessária a essa proposta, mas também deixar o empregador seguro quanto ao encaminhamento de situações de crises. Quando – e se – necessário, o usuário poderá ser afastado temporariamente de suas funções, para ter o devido atendimento. Da mesma forma, quando, e se, por qualquer razão, um funcionário não corresponder às expectativas do empregador, poderá também ser demitido.

Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)

Herdeiro de um dos mais antigos complexos manicomialis no Brasil – o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) –, o IMNS⁹ aderiu aos ideais da Reforma Psiquiátrica e, na administração do Dr. Edmar Oliveira (2000-2009), foi implantada uma série de ações voltadas para a desinstitucionalização da loucura e desconstrução de paradigmas no atendimento ao doente mental.

Se antes essa gigantesca estrutura hospitalar ocupava-se do tratamento da doença mental, agora se dedica à saúde e ao reconhecimento da cidadania de seus usuários. Isso se verifica não só na transformação de seus espaços físicos em residências terapêuticas¹⁰ e de alguns de seus serviços em CAPS¹¹, como também na oferta de projetos de inclusão social que contemplam a possibilidade de inserção no mercado de trabalho de

⁸ Sobre os paradigmas da clínica e os pressupostos da loucura como o 'negativo da razão', ver Tenório (2002).

⁹ Em dezembro de 1999, o CPPII foi municipalizado e, a partir de 5 de dezembro de 2000, com o decreto n.18.917, passou a chamar-se Instituto Municipal Nise da Silveira. Iniciou-se o processo de desinstitucionalização. Ver *Arquivos Contemporâneos do Engenho de Dentro*, IMNS/Rio de Janeiro, 2007.

¹⁰ Portaria nº 106/ms, de 11 de fevereiro de 2000.

¹¹ A saber: CAPS Clarisse Lispector, CAPSi Maria Clara Machado e CAPS Torquato Neto.

seus usuários. Foi com esse objetivo que, a partir de minha experiência com a GT em Nova Friburgo, Rio de Janeiro, fui convidada a participar desse projeto.

Em agosto de 2007, fui contratada para coordenar o Núcleo de Geração de Renda do IMNS, tendo como ponto de partida a cantina *Qui Deliche*. Essa cantina, projeto idealizado pela direção do Instituto, teria por objetivo ser o polo de referência para a articulação de todas as ações voltadas para as oficinas de geração de renda do Instituto, incluindo a divulgação de eventos, cursos, além de investir na GT propriamente dita, na intenção de atender usuários da área programática P 3.2¹² interessados pelo trabalho no mercado formal.

Gerência de Trabalho e mercado formal de trabalho no município do Rio de Janeiro

Foi em resposta aos nossos investimentos iniciais que, passados os seis primeiros meses do ano de 2008, firmamos a primeira grande parceria com uma empresa privada, Prezunic Comercial Ltda/RJ. A direção dessa empresa interessou-se pelo projeto e, após verificar com o departamento jurídico sobre a possibilidade de contratação de funcionários ‘horistas’ dentro do plano de cotas (considerando-se que todos tinham um quadro de deficiência associado), foi possível colocar os seis primeiros usuários do IMNS trabalhando com carteira assinada. Seguindo rigorosamente as orientações iniciais do projeto, no dia 06/08/2008 conseguimos obter a contratação formal desses trabalhadores.

Respeitando as particulares condições de cada um deles, e ainda os princípios da proposta de inclusão da ‘diferença’ nos espaços socialmente compartilháveis, procuramos distribuir os usuários em diferentes lojas da rede. Com isso, o que se intenciona é não agrupá-los num mesmo local para que não sejam identificados pela ‘semelhança’ discriminatória da doença mental. Ao mesmo tempo, também não se pretende ‘normalizar’ comportamentos que podem parecer bizarros ou estranhos ao grande público. O objetivo da GT é apresentá-

los com suas diferenças, mas mostrando que nem por isso são incapazes para o trabalho ou para o convívio. Distribuí-los, então, de forma que as diferenças possam ser absorvidas individualmente pela equipe de trabalho e pela comunidade é, para nós, uma importante estratégia de inclusão.

Assim, foi colocado em prática esse projeto numa grande empresa, considerando ainda que, até o fim do ano de 2009, já contávamos com a contratação de um total de dez usuários pertencentes a diferentes serviços de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Primeiras repercussões do projeto Gerência de Trabalho no município do Rio de Janeiro

Concluído aqui esse primeiro ano de experiência, foi a partir do bom entendimento da proposta que a direção da empresa Prezunic (setembro/2009) chamou para si a tarefa de apoiar essa iniciativa, contratando o projeto ‘Gerência de Trabalho’ e estagiários para cumprirem com a função de ‘gerentes de trabalho’¹³.

Contando com o meu desligamento do IMNS (setembro/2009), agora será a iniciativa privada a buscar na rede pública a necessária parceria para o bom andamento desse projeto. Nesse particular, convém não perder de vista que – diante de qualquer possibilidade futura de o projeto estar incluído em propostas e/ou políticas públicas – foi somente a partir de sua inclusão no projeto maior realizado pela direção do IMNS (2000-2009) que mais essa proposta para o campo da saúde mental pôde vir a público.

Como resultado final desses investimentos, e também pela parceria firmada com a Superintendência de Saúde, Segurança e Ambiente do Trabalho (SSSAT/ Setrab/RJ), terminamos o ano de 2009 celebrando não apenas o decreto n. 42.012 (de 28/08/2009), gestão do governador Sérgio Cabral, que dispõe sobre a certificação da gestão integrada em saúde, segurança e ambiente de trabalho para empresas que tenham em seus quadros funcionais, entre outras, pessoas com transtorno mental, como também uma nova cláusula nos Termos de Ajustamento de Conduta (TAC), elaborada pelo Ministério Público do Trabalho, admitindo programas

¹² A AP 3.2 compreende os bairros de: Lins de Vasconcelos, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Piedade, Méier, Pílars, Jacaré, Rocha, Penha Circular. Informações no site www.saude.rio.rj.gov.br

¹³ Compreendemos que a importância de termos estagiários de vários cursos de graduação universitária cumprindo a função de ‘gerentes de trabalho’ deva-se ao interesse de atrair a academia para uma prática e expandir a experiência da GT para contribuir na formação de novos profissionais de saúde e ampliar conhecimento na área.

e projetos que incluam pessoas com transtorno mental no mercado formal de trabalho.

No mês de abril de 2010, em evento comemorativo, a empresa Prezunic Comercial/Ltda. celebrou a primeira assinatura de um TAC¹⁴ junto à procuradoria do MPT, incluindo um projeto específico para a contratação de pessoas com transtorno mental. Primeiro termo nesses moldes assinado no Brasil.

É nesse momento que a empresa investe também em usuários de saúde mental sem o necessário diagnóstico de ‘deficiência’. Pelo compromisso com um projeto de responsabilidade social, a empresa assumiu, até a presente data, a contratação de mais 25 (perfazendo um total de 35) usuários pertencentes a variados serviços da rede pública espalhados pelo município e fora dele (Niterói, Rio de Janeiro), dentro e fora do plano de cotas, contemplando-os com a possibilidade de trabalho com as CTPS, inseridos no projeto de GT.

Um próximo objetivo, além da tentativa de estender essa proposta a outras empresas, será fortalecer a luta pela aprovação nas esferas federais da lei 4.323/2004, de autoria da deputada Cida Diogo e/ou a inclusão de pessoas com transtorno mental na lei 8.213/91, para que essas também possam participar do plano de cotas obrigatórias às empresas com mais de 100 funcionários.

Considerações finais

A tomar a história da loucura no Ocidente e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, vê-se que a militância clínica e política na reconstrução de paradigmas para a compreensão e atenção ao doente mental é ainda tarefa árdua para os profissionais envolvidos nesse processo. Mesmo considerando importantes avanços na busca por alternativas ao enclausuramento do louco

em espaços ‘protegidos’, ainda assim faltam-nos alguns passos para afirmar a loucura em sua positividade criativa e para promover o pleno exercício da liberdade a esses cidadãos. Considerando o distanciamento forçado e imposto a esses sujeitos na partilha do contrato social, resta-nos continuar na luta pela representação de seus potenciais interesses. É assim que a busca por tornar possível ao psicótico o ingresso responsável no mercado formal de trabalho traz a possibilidade de revertermos um ponto crucial para a aceitação e inclusão da loucura na compreensão do corpo social enquanto diferença e não incapacitação.

É assim que, mesmo admitindo forças contrárias a esses movimentos, persistimos no compromisso com os ideais da Reforma Psiquiátrica, identificada aos argumentos citados pelo então diretor do IMNS/RJ, Edmar Oliveira, quando da apresentação das monografias de final de residência clínica promovida pelo Instituto (IMNS, 2007). Disse-nos ele:

Na história do Ocidente, todo o pacto civilizatório requereu e requer um resto. Este já foi o negro, a mulher, a criança, até chegar ao louco de nossos dias. A questão que se coloca é pensar, ainda que consideremos todos os movimentos comprometidos com a desconstrução estigmatizante da loucura, o que viria após o louco para ocupar este lugar? Temo que nada... daí a resistência aos ideais da Reforma e os movimentos ainda atuais em prol da volta do manicômio. Se devo então me render a isto que se apresenta como uma evidência, então diria que, no mínimo, vou fazer tudo o que puder para retirar de dentro desse saco de gatos o máximo possível daqueles carimbados pelo estigma da loucura. (informação verbal).

¹⁴ Termo de ajustamento de conduta n.º 101/2010. Nos autos do inquérito civil n.º 1851/2009, de conformidade com o que dispõe o artigo 5º, § 6º, da lei n.º 7.347/85, perante o Ministério Público do Trabalho, por intermédio da Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região/RJ, representado pela Procuradora do Trabalho, Lisyane Chaves Motta.

Referências

AMARANTE, P. *Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 1, n. 1, 1994, p. 61-77.

CARVALHO, J.M. *Cidadania no Brasil. O longo Caminho*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GUERRA, C.M.A. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, M.C., FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008, p. 23-58.

INSTITUTO MUNICIPAL NISE DA SILVEIRA (IMNS). *Arquivos Contemporâneos do Engenho de Dentro*. v. 1, n. 1. Rio de Janeiro: IMNS, 2007.

LEAL, M.E. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: COSTA, M.C., FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008, p. 11-22.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S., FIGUEIREDO, A.C.

(Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 141-147.

TENÓRIO, F. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

VASCONCELOS, M.E. Reinvenção da cidadania, *Empowerment* no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 169-194. (Coleção Loucura & Civilização).

Recebido para publicação em Junho/2010

Versão definitiva em Novembro/2010

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), 2005; Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS/RJ), 2007-2009

Fatores associados ao consumo de risco de álcool entre homens adultos na atenção primária à saúde

Factors associated with risk alcohol consumption among male adults at primary health care

Selma Cristina Franco¹, Nelma Baldin², Mariluci Paiva³

¹ Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas; Professora do curso de Medicina e do Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE).
scfranco@terra.com.br

² Doutora em Educação pela UNICAMP; Professora do curso de Educação e do Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE.
nelma@linhalivre.net

³ Mestre em Saúde e Meio Ambiente; Professora do curso de Medicina da UNIVILLE.
marilucipaiva@gmail.com

RESUMO O objetivo do estudo foi descrever o perfil de adultos do gênero masculino, classificá-los em zonas de risco para o consumo de álcool e identificar os fatores de risco. Realizou-se inquérito domiciliar em área de unidade de Saúde da Família, utilizando o instrumento AUDIT e um questionário estruturado. Foram entrevistados 564 homens, os quais foram classificados nas zonas I (78,5%), II (15,6%), III (3,0%) e IV (2,9%). Identificou-se maior ocorrência de uso de risco (zonas II, III e IV) em homens com idade abaixo de 35 anos, das classes D e E. A análise multivariada evidenciou associação entre uso de risco de álcool e uso de tabaco (RP=1,78 e p=0,003) e ter sido vítima de acidente (RP=1,51 e p=0,035).

PALAVRAS-CHAVES: Consumo de bebidas alcoólicas; Gênero e saúde; Saúde do adulto; Saúde da família; Atenção primária à saúde

ABSTRACT The aim of this study was to describe the profile of male adults, to stratify them into risk zones for alcohol consumption, and to identify risk factors. A domiciliary survey was conducted in a family health unit area, using AUDIT and a structured questionnaire. Five hundred and sixty-four men were interviewed and classified into zones I (78.5%), II (15.6%), III (3.0%) and IV (2.9%). Greater occurrence of risky consumption (zones II, III and IV) was found among men younger than 35 years old and belonging to D and E classes. The multivariate analysis showed association between risky alcohol consumption and tobacco use (PR=1.78 and p=0.003) and having suffered an accident (PR=1.51 and p=0.035).

KEYWORDS: Alcohol drinking; Gender and health; Adult health; Family health; Primary health care

Introdução

O álcool é a droga mais consumida em todas as faixas etárias e constitui um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, principalmente entre adultos do gênero masculino, cuja prevalência chega a ser até sete vezes maior do que no feminino. Estudos coordenados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que o uso de álcool em alguns países desenvolvidos tem diminuído, porém, entre países como o Brasil, este uso vem aumentando (WHO, 2004). Um levantamento, que foi realizado nas 107 maiores cidades brasileiras, mostra que o uso na vida de álcool foi de 68,7%, porcentagem próxima aos 70,8% observados no Chile e aos 81,0%, nos Estados Unidos, observando-se ainda as diferenças regionais marcantes, sendo o menor uso na vida de álcool observado na região Norte (53,0%) e o maior, na Sudeste (71,5%). Outro aspecto que chama a atenção no mesmo estudo é a elevada prevalência de dependência constatada, 12,3% nas pessoas entre 12 e 65 anos e 5,2% em jovens entre 12 e 17 anos, evidenciando agravantes para o problema, tais como: o volume ingerido e a precocidade do início do uso (CARLINI; GALDURÓZ, 2007; GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

Além da magnitude, o problema ainda ganha relevância social e complexidade por sua associação frequente com questões como criminalidade, acidentes automobilísticos, abandono infantil, violência, problemas familiares, entre outras (MINAYO; DESLANDES, 1998; CHALUB; TELLES, 2006; MELONI; LARANJEIRA, 2004).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se que este agravo seja abordado predominantemente na Atenção Primária à Saúde (APS), a qual, pela sua inserção próxima ao contexto de vida das pessoas, oportuniza a identificação do padrão de uso e a realização das intervenções adequadas. Considerando que a atenção a este agravo não demanda densidade tecnológica para ser resolutiva, na grande maioria dos casos, a APS torna-se estratégica no planejamento de ações preventivas, com a utilização dos instrumentos de rastreamento (BRASIL, 2006; 2007). Especificamente em relação ao uso do álcool, tais ferramentas são fundamentais, já que a grande maioria das pessoas que faz uso nocivo não é detectada até que complicações de maior gravidade surjam.

Com este objetivo, a OMS elaborou um instrumento de triagem, o *Alcohol Use Disorders Identification*

Test (AUDIT), para classificar as pessoas em zonas de risco, conforme o grau de consumo (DE MICHELI; FORMIGONI; RONZANI, 2006; REINERT; ALLEN, 2002; VOLK *et al.*, 1997). A zona I (até 7 pontos) indica baixo risco; a zona II, de 8 a 15 pontos, indica o uso de risco para problemas de saúde, legais ou sociais, e para sofrer ou causar ferimentos e violências; a zona III, de 16 a 19 pontos, sugere uso nocivo, com os indivíduos já apresentando problemas e mantendo uso regular; a zona IV, acima de 20 pontos, mostra provável dependência do álcool. A OMS também propôs que os indivíduos categorizados nas zonas I e II recebessem orientações sobre autocuidado à saúde; os indivíduos com uso de risco de álcool, classificados na zona III do AUDIT, devem ser submetidos a uma abordagem terapêutica no contexto da APS, chamada intervenção breve (IB), com a finalidade de desenvolver a autonomia, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. Segundo esta proposta, apenas os indivíduos categorizados na zona IV seriam encaminhados para níveis assistenciais especializados, nos quais há disponibilidade de equipes de saúde mental e exames de média e alta complexidade. Nesse sentido, o AUDIT modifica a abordagem do problema, isto é, muda o foco do alcoolismo para o uso de risco, o que possibilita maior ênfase na detecção precoce dos problemas relacionados ao uso de álcool e cria oportunidade de execução de ações focadas na educação em saúde (RONZANI; RIBEIRO; AMARAL, 2005; RONZANI, 2008).

No Brasil, estudos de prevalência do uso de álcool na APS são recentes, assim como as ações de prevenção elaboradas a partir dos mesmos. As pesquisas nacionais de maior abrangência vêm sendo realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) há cerca de uma década, com os objetivos de estimar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas e verificar as tendências no consumo pela população brasileira. Além desse órgão, estudos de âmbito municipal têm sido observados, tanto entre frequentadores de unidades básicas de saúde quanto os de base domiciliar, buscando conhecer dados epidemiológicos a respeito do consumo de álcool, como o que foi realizado nos serviços de APS de municípios em Minas Gerais, com 921 sujeitos, o qual identificou que 18,3% faziam uso de risco e 3,8% eram dependentes, sendo esses percentuais significativamente mais elevados nos homens (CARLINI *et al.*,

2002; CARLINI; GALDURÓZ, 2007; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

Considerando que a APS é a porta de entrada preferencial para o SUS, torna-se oportuno dispor de ferramentas que permitam identificar e dimensionar as necessidades de atenção das pessoas que consomem álcool, e oferecer-lhes opção terapêutica adequada a seu grau de risco com resolutividade. Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo: identificar o perfil sociodemográfico de adultos do gênero masculino, residentes em área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um município de médio porte no Sul do país, classificando-os em zonas de risco para o consumo de álcool e reconhecendo os fatores de risco associados.

Materiais e métodos

O desenho do estudo foi transversal, do tipo inquérito domiciliar, realizado entre adultos do gênero masculino, residentes em área de abrangência de uma USF de um município de médio porte no Sul do país, responsável pelos cuidados à saúde de aproximadamente 3.750 pessoas.

O município em questão, atualmente com cerca de 500.000 habitantes, possui uma rede de APS composta por 56 unidades básicas, sendo que 36 destas funcionam segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), 16 segundo a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 4 segundo o modelo chamado convencional. Cada USF possui uma ou duas equipes que atendem a uma população adscrita de cerca de 1.000 famílias.

Como o uso de álcool envolve uma questão de gênero, com maior predominância no sexo masculino, o presente estudo teve como critérios de elegibilidade: ser do gênero masculino, estar cadastrado na USF, ter idade igual ou superior a 18 anos e apresentar condições cognitivas para compreender e consentir em participar da pesquisa. O período de coleta dos dados foi de fevereiro a junho de 2008.

Foram definidos dois instrumentos de pesquisa: o AUDIT, que é um teste de fácil e rápida aplicação e que foi utilizado para identificar distúrbios relacionados ao uso do álcool, apresentando sensibilidade de 92% e especificidade de 94%, sendo o seu escore a variável de desfecho, categorizada em zonas de risco (REINERT; ALLEN, 2002; VOLK

et al., 1997). No presente estudo, comparou-se o uso de baixo risco (zona I) com o uso de risco (zonas II, III e IV), buscando-se identificar os indivíduos cujo padrão de consumo venha a implicar em problemas de diversas ordens. Daí o motivo de se ter agrupado os indivíduos das zonas II e III juntamente com os considerados com provável dependência (zona IV). O segundo instrumento foi um questionário estruturado, previamente testado em um estudo piloto, contendo variáveis que caracterizaram a condição socioeconômica, o consumo de álcool e a presença de situações de risco (acidentes e violência) para os respondentes. A classificação socioeconômica utilizada foi a da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ABEP, 2003).

Os instrumentos foram aplicados nos domicílios cadastrados, por sete agentes comunitários de saúde treinados pelas pesquisadoras e supervisionados durante o período do estudo piloto e da aplicação da pesquisa, sendo que as entrevistas foram realizadas durante as visitas domiciliares mensais. Quando o sujeito não foi encontrado, realizou-se um esclarecimento ao morador presente, desde que fosse maior de idade, e agendou-se uma nova visita. Foram feitas até quatro tentativas de visitas e, em seguida, considerou-se perda.

Os sujeitos que estavam nas zonas de risco I e II do AUDIT receberam orientações específicas dos agentes comunitários. Os de zona III foram convidados a participar da intervenção breve. Os sujeitos que estavam na zona IV foram encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD), que é uma referência para atenção em saúde mental dentro do município.

O banco de dados foi digitado no programa Epidata, versão 3.1, para posterior análise estatística no programa Epi-info, versão 6.04. Para analisar associações entre o desfecho (uso de risco do álcool) e as variáveis de interesse, foram calculadas as razões de prevalência e o intervalo de confiança de 95%, obtidos pela regressão de Poisson. Este método tem sido considerado adequado para estudos transversais, tanto para a análise univariada quanto para a construção do modelo multivariado. O modelo final foi construído incluindo as variáveis que se associaram a um nível de confiança inferior a 0,10 na análise univariada, sendo mantidas no modelo final apenas aquelas que apresentaram associação com nível de significância inferior a 0,05 na análise multivariada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville (Univille) (processo n. 032/07), atendendo às determinações da resolução 196/96.

Resultados

Foram entrevistados 564 homens, correspondendo a 57,6% do universo de homens daquela localidade. Para averiguar possível viés de seleção dos participantes, foram pesquisadas as fichas de cadastro dos usuários na unidade e traçou-se o perfil sociodemográfico dos indivíduos não-encontrados, o qual foi comparado ao dos participantes do estudo. Não foram encontradas diferenças significativas quanto à idade, escolaridade e renda desses sujeitos.

A estratificação em zonas de risco mostrou que a grande maioria deles (442, correspondendo a 78,4%) foi classificada na zona I, considerada de baixo risco; 15,8%, na zona II; 3,0%, na zona III e 2,8%, na IV (Tabela 1).

A distribuição das faixas etárias do grupo estudado foi semelhante aos registros da população adulta masculina residente em Joinville. Com relação à distribuição das classes socioeconômicas, quando comparadas com a população brasileira, identificou-se maior ocorrência das classes B2 e C na amostra (79,0%), as quais são consideradas de nível intermediário, e notou-se menor ocorrência das classes D e E (13,5%), classificadas como baixo nível.

A maioria dos indivíduos eram trabalhadores (78,7%), residiam com outras pessoas (96,1%) e iniciaram-se no uso de álcool antes dos 20 anos de idade (95,8%). A precocidade do início do uso chamou atenção, já que um pouco mais de um terço desta amostra relatou ter iniciado quando ainda tinham entre 11 e 15 anos de idade. Tendo em vista esses resultados, calculou-se a média de idade do início do uso, que foi de 16 anos. Cerca de um terço dos participantes (32,8%) relatou hábito de tabagismo e 3,2% referiu uso de drogas ilícitas.

Com relação à ocorrência de outros agravos relacionados ao uso de álcool, 218 homens (38,7%) relataram acidentes e 78 (13,8%) foram vítimas ou praticaram violência.

A estratificação dos sujeitos mostrou maior ocorrência de uso de risco (zonas II, III e IV) em homens com idade abaixo de 35 anos, pertencentes às classes

Tabela 1. Dados sociodemográficos e relativos ao uso de álcool na amostra (n=564)

	n	%
Sujeitos	564	100
Zoneamento do AUDIT		
Zona I	442	78,4
Zona II	89	15,8
Zona III	17	3,0
Zona IV	16	2,8
Idade		
18 I-25	95	16,8
25 I-35	118	20,9
35 I-45	121	21,5
45 I-59	162	28,7
60 I--	68	12,1
Classes socioeconômicas*		
A2	4	0,7
B1	38	6,8
B2	131	23,3
C	313	55,7
D	70	12,4
E	6	1,1
Trabalha*		
Sim	441	78,7
Não	119	21,3
Reside sozinho		
Sim	22	3,9
Não	542	96,1
Idade de início do uso*		
11 I-15 anos	176	37,0
15 I-20 anos	280	58,8
≥20 anos	20	4,2
Abuso de álcool na família		
Não	324	57,4
Sim	240	42,6
Tabagismo		
Não	379	67,2
Sim	185	32,8
Uso de outra droga		
Não	546	96,8
Sim	18	3,2
Sofreu acidente		
Não	346	61,3
Sim	218	38,7
Sofreu violência		
Não	486	86,2
Sim	78	13,8
Praticou violência		
Não	486	86,2
Sim	78	13,8

*Houve perda da respostas.

socioeconômicas D e E, que residiam sozinhos, iniciaram o uso de álcool antes dos 15 anos de idade, possuíam história familiar de abuso de álcool, eram tabagistas e usuários de outras drogas ilícitas. Verificou-se também

maior ocorrência de uso de risco entre aqueles que relataram ter sofrido acidente relacionado ao uso do álcool, os que foram vítimas de violência ou que a praticaram (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis independentes em relação ao desfecho em zoneamento pelo AUDIT (em percentuais)

	Z-I	Z-II	Z-III	Z-IV	Uso de risco (II+III+IV)	Valor p
Sujeitos	78,5	15,6	3,0	2,9	21,5	
Idade (anos)						0,337
18 I-- 25	73,1	18,5	5,6	2,8	26,9	
25 I-- 35	75,5	18,8	3,8	1,9	24,5	
35 I-- 45	82,1	13,6	1,4	2,9	17,9	
45 I-- 59	81,8	12,6	3,5	2,1	18,2	
60 I--	77,6	16,4	0,0	6,0	22,4	
Classes						0,001
A2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
B1	73,7	21,0	0,0	5,2	26,3	
B2	86,3	9,9	2,3	1,5	13,7	
C	77,2	17,3	3,9	1,6	22,8	
D	75,7	14,3	2,9	7,1	24,3	
E	16,7	50,0	0,0	33,3	83,3	
Trabalha						0,251
Sim	78,4	16,9	2,9	1,8	21,6	
Não	76,5	15,1	3,4	5,0	23,5	
Reside sozinho						0,002
Sim	50,0	31,8	4,6	13,6	50,0	
Não	79,9	14,8	2,9	2,4	20,1	
Idade de início do uso (anos)						0,003
11 I—15	70,4	21,6	4,0	4,0	29,6	
15 I—20	80,7	13,5	2,9	2,9	19,3	
≥20	80,0	20,0	0,0	0,0	20,0	
Abuso de álcool na família						0,06
Não	81,7	14,5	2,8	1,0	18,3	
Sim	75,3	17,0	2,8	4,9	24,7	
Tabagismo						0,001
Não	83,9	13,2	2,1	0,8	16,1	
Sim	67,0	21,1	4,9	7,0	33,0	
Uso de outra droga						0,11
Não	78,9	15,6	3,1	2,4	21,1	
Sim	61,1	22,2	0,0	16,7	38,9	
Sofreu acidente						<0,00
Não	83,5	12,4	2,3	1,8	16,5	
Sim	70,2	21,1	4,1	4,6	29,8	
Sofreu violência						<0,01
Não	82,1	14,0	2,3	1,6	17,9	
Sim	55,1	26,9	7,7	10,3	44,9	
Praticou violência						<0,01
Não	81,6	14,6	1,8	2,0	18,4	
Sim	55,1	24,6	11,6	8,7	44,9	

A razão de prevalência (RP) foi utilizada como medida de associação entre as variáveis de interesse e o desfecho, ou seja, o uso de risco de álcool (Tabela 3). A análise bivariada mostrou características como ter idade menor de 35 anos, morar sozinho, ter iniciado o uso do álcool antes dos 15 anos, ter uso abusivo de álcool na família, usar tabaco, sofrer acidente, e sofrer e praticar violência apresentaram associação significativa com o uso de risco de álcool. As demais variáveis não mostraram associação.

Para controlar fatores de confusão, utilizou-se um modelo multivariado, o qual evidenciou a permanência de associação com significância estatística com o uso de tabaco (RP=1,78 e p=0,003) e ser vítima de acidente (RP=1,51 e p=0,035), como pode ser visto na Tabela 4.

Discussão

O presente estudo foi desenvolvido no contexto da APS, espaço privilegiado para acolher os pacientes que

fazem uso de risco de álcool, onde atuam equipes de saúde multidisciplinares que conhecem e interagem com as comunidades e que planejam seus trabalhos a partir das necessidades de saúde dos usuários. A literatura mundial aponta elevada frequência de pacientes que fazem uso de risco do álcool entre os que utilizam a APS, o que torna oportuno e relevante a elaboração de ações que possam intervir nesta realidade, minimizando as consequências à saúde individual e ao sistema de saúde. Pesquisas mostram que, nas últimas duas décadas, o desenvolvimento dos procedimentos de triagem para identificar e tratar precocemente usuários de risco na APS tem possibilitado a redução dos problemas relacionados ao consumo do álcool (RONZANI; RIBEIRO; AMARAL, 2005; AMARAL *et al.*, 2007). Entretanto, no Brasil, estas intervenções são ainda pouco estudadas e as evidências sobre sua efetividade são ainda bases de dúvidas e questionamentos (BABOR *et al.*, 2005). A escassez de estudos que avaliam o consumo do álcool na APS mostra uma lacuna no conhecimento necessário para embasar a elaboração de ações preventivas nesse

Tabela 3. Regressão de Poisson bivariada para identificação dos fatores de risco ao uso de risco de álcool

Uso de risco do álcool	RP	DP	Valor de p	IC95%
Idade <35 anos	1,35	0,24	0,097	0,947-1,932
Classes D + E	1,41	0,33	0,142	0,809-2,241
Trabalho	1,11	0,24	0,616	0,730-1,698
Reside sozinho	2,44	0,77	0,005	1,313-4,536
Idade de início <15 anos	1,43	0,27	0,057	0,990-2,064
Uso abusivo de álcool na família	1,35	0,24	0,097	0,946-1,925
Uso de tabaco	2,05	0,37	0,000	1,436-2,921
Uso de outra droga	1,84	0,72	0,115	0,861-3,960
Vítima de acidente	1,81	0,33	0,001	1,268-2,582
Vítima de violência	2,51	0,50	0,000	1,693-3,710
Prática de violência	2,44	0,51	0,000	1,625-3,673

Tabela 4. Análise multivariada por regressão Poisson para identificação de fatores de risco para o uso de risco de álcool

Uso de risco do álcool	RP	DP	Valor p	IC95%
Idade <35 anos	1,39	0,27	0,083	0,958-2,026
Reside sozinho	1,91	0,62	0,048	1,005-3,613
Idade de início <15 anos	1,18	0,23	0,387	0,809-1,729
Uso abusivo de álcool na família	1,18	0,22	0,378	0,815-1,716
Uso do tabaco	1,78	0,34	0,003	1,220-2,604
Vítima de acidente	1,51	0,29	0,035	1,029-2,212
Vítima de violência	1,64	0,44	0,069	0,962-2,782
Prática de violência	1,22	0,35	0,487	0,698-2,125

nível de atenção. Conhecer os padrões de uso do álcool, identificar as pessoas em uso de risco e, mais importante ainda, identificar as pessoas antes de fazerem uso de risco pode propiciar uma atuação oportuna das equipes multidisciplinares, no sentido de motivar os indivíduos a controlarem o uso e evitarem as consequências clínicas e sociais associadas a este agravo.

Trabalhos mostram que cerca de 60 patologias crônicas e agudas estão relacionadas direta ou indiretamente ao consumo do álcool, como consequência de seu uso ou tendo-o como fator dificultador do controle adequado de outras morbidades (BABOR *et al.*, 2005; RONZANI, 2008). Além disso, há os problemas sociais e psicológicos também relacionados ao uso de álcool, os quais agravam esta morbidade e tornam complexa a assistência demandada. A maioria destes problemas é prevalente entre os usuários da APS que já estão sendo atendidos nas unidades, porém, na maioria das vezes, sem um monitoramento de sua efetividade. Considerando o impacto que o uso de álcool pode ter para a saúde das pessoas e da população em geral e a abrangência dos serviços de APS no Brasil, qualificando-os como o lugar ideal para o trabalho de prevenção e mudança de comportamentos de risco, a OMS vem procurando disseminar ações preventivas para o uso de risco de álcool neste âmbito, no mundo e no Brasil. Espera-se uma qualificação adequada, a qual forneça aos profissionais e gestores as ferramentas necessárias para a detecção precoce e intervenções voltadas para comportamentos de riscos, baseados principalmente na diminuição de preconceitos e estigmas em relação aos usuários de álcool. Além disso, o dimensionamento das equipes de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico e a vulnerabilidade social de sua população adscrita, também é fator determinante para que os serviços de APS realmente intervenham precocemente, com impactos positivos aos indivíduos e ao sistema de saúde (RONZANI; RIBEIRO; AMARAL, 2005).

Esta pesquisa foi desenvolvida juntamente com as atividades rotineiras da equipe de saúde, o que certamente influenciou seus resultados. Não houve recusa, mas sim perda, uma vez que parte dos sujeitos não foi encontrada no domicílio após quatro tentativas, pois o horário das visitas para a aplicação dos instrumentos da pesquisa coincidiu com o período de trabalho dos

mesmos. Este achado aponta a existência de uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas sanitárias na APS, que não oferece facilidades de acesso a este grupo populacional, composto por homens em idade produtiva e que necessitam do seu trabalho como fonte de sustento para si e para sua família (FIGUEIREDO, 2005).

O amplo aceite em participar do estudo contraria expectativas, baseadas no imaginário social, de que os homens desvalorizariam o autocuidado à saúde devido à sua identidade masculina produzida durante o processo de socialização (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Uma pesquisa realizada em âmbito nacional encontrou 9,3% de recusa dos sujeitos em participarem do estudo, percentual este considerado baixo e dentro dos níveis aceitáveis, conforme preconiza a literatura internacional (CARLINI; GALDURÓZ, 2007). Em uma pesquisa domiciliar, é admissível supor que haja um receio do entrevistado em se sentir exposto, e este aspecto só pode ser contornado com o treinamento do entrevistador para adquirir as habilidades necessárias para lidar com este aspecto. Mesmo assim, vale ressaltar que toda pesquisa que utiliza como fonte de dados o depoimento dos sujeitos possui como limitação metodológica a possibilidade dos entrevistados falsearem as respostas, principalmente quando trata-se de certos temas considerados sensíveis, como o uso de álcool.

Com relação à estratificação em zonas de risco, os resultados mostram que, segundo preconizado por esta metodologia, 531 indivíduos deveriam receber orientações gerais sobre autocuidado à saúde e 17 seriam submetidos à IB na própria unidade de saúde, totalizando 548 pessoas (97,2%), as quais seriam alvo de ações exclusivas da APS. Nesse raciocínio, somente 16 (2,8%) necessitariam de atenção especializada. Tal resultado ressalta a importância da organização do processo de trabalho e da disponibilidade de profissionais qualificados na APS, para o manejo adequado deste considerável contingente de pessoas (PRIMO; STEIN, 2004; DE MICHELI; FORMIGONI; RONZANI, 2006; CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

O perfil dos participantes mostrou um grupo populacional jovem, trabalhadores com nível socioeconômico mais elevado do que a média da população

brasileira, que reside, em sua maioria, com outras pessoas, dado este semelhante ao encontrado em outros estudos da região Sul do Brasil (PRIMO; STEIN, 2004; VAISSMAN, 2004; REHM; MONTEIRO, 2005; CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

Chamou a atenção a precocidade do início do uso de álcool, já relatada em outros estudos que a associam ao fácil acesso, à mídia (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004) e à permissividade existente dentro das relações familiares e da sociedade como um todo (MINAYO; DESLANDES, 1998; PRIMO; STEIN, 2004; BARROS *et al.*, 2008). Corroborando neste sentido o achado de que a maioria dos sujeitos (60%) declarou ter iniciado o uso do álcool com amigos e apenas 16% com familiares. Este último resultado contradiz o relato de que é elevada a ocorrência de uso abusivo de álcool na família (43,8%) e, muito provavelmente, possa ser explicado pelo fato de os homens, em geral, iniciarem o uso do álcool fora do ambiente familiar (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004).

O percentual encontrado para o tabagismo foi elevado, se comparado a diversos estudos nacionais, e entende-se que esse dado pode ter sido influenciado pela metodologia utilizada, já que realmente o hábito do tabagismo é mais frequente entre os homens (PRIMO; STEIN, 2004). Entretanto, a prevalência encontrada foi inferior à do estudo nacional de base domiciliar, no qual constatou-se o uso na vida de tabaco de 41,1% no total, sendo 46,2% para o uso na vida ao sexo masculino e 36,3% ao sexo feminino (CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

O uso de drogas ilícitas esteve abaixo do relatado em outras pesquisas, e uma das possibilidades para explicar essa questão pode ser decorrente do medo ou constrangimento dos participantes de se exporem durante as entrevistas com os agentes comunitários, conforme já foi discutido (PRIMO; STEIN, 2004; CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

As situações de ser vítima de acidente, sofrer e praticar violência relacionados ao uso de álcool foram relativamente frequentes e estão em conformidade com os relatos de estudos anteriores, embora possam ter sido subestimadas pelo motivo anterior (MINAYO; DESLANDES, 1998; FERRI-DE-BARROS *et al.*, 2004; WHO, 2004; CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

A distribuição das zonas do AUDIT permitiu identificar a diferenciação no padrão de consumo de álcool nas faixas etárias, com maior concentração do uso de risco entre indivíduos jovens e adultos jovens e com maior tendência à dependência nos idosos. Os estudos apontam, de forma geral, maior consumo de álcool nas faixas etárias de adultos jovens, porém, com relação aos idosos, os achados são variados (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2004; WHO, 2004; REHM; MONTEIRO, 2005; CARLINI; GALDURÓZ, 2007; BARROS *et al.*, 2008). Tais diferenças podem ser explicadas, em parte, pelas diferenças culturais das regiões estudadas e também pelas diferentes metodologias de pesquisa aplicadas nos estudos já realizados, os quais trabalharam com perfis diferentes de participantes e com instrumentos diversos.

Quanto à classe socioeconômica dos participantes da pesquisa, encontrou-se a maior frequência de consumo de risco entre homens pertencentes às classes mais baixas (D e E). Esse achado foi similar ao encontrado em outros estudos nacionais, os quais mostraram associação entre a pobreza e o uso de risco de álcool nos municípios da Bahia e do Rio Grande do Sul, sendo que em municípios de São Paulo, o maior uso de risco ocorreu nas classes A e B (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2004; PRIMO; STEIN, 2004; CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

O modelo de análise multivariada não evidenciou associação entre uso de risco de álcool e variáveis relacionadas às características sociais dos sujeitos (idade, classe socioeconômica, não possuir trabalho), características do uso de drogas (início do uso do álcool antes dos 15 anos, abuso de álcool na família, uso de drogas ilícitas) e a situações de risco relacionadas à violência. A associação mais evidente foi com o tabagismo, com risco 1,78 vezes maior do uso de risco de álcool entre os tabagistas. Houve também associação com as variáveis 'ter sido vítima de acidentes' e 'residir sozinho', mostrando a importância de se oferecer um suporte social para estes indivíduos. Tal resultado confirma o encontrado por outros autores (PRIMO; STEIN, 2004; SOUZA; SILVEIRA, 2007; CHAIEB; CASTELLARIN, 1998), principalmente quando o estudo analisa essa associação de consumo entre adolescentes. Uma possível explicação para o fato de não terem sido evidenciadas associações

com significância estatística para algumas destas variáveis apontadas pela literatura pode ser decorrente da diferença dos sujeitos, quanto ao grau de consumo do álcool, uma vez que os estudos utilizam, em geral, indivíduos em fases mais avançadas, considerados abusadores e dependentes químicos.

Ressalta-se aqui, ainda, que, apesar do presente estudo não ter enfatizado a associação entre uso de risco de álcool e violência, a literatura chama a atenção para a gravidade da violência familiar entre gêneros, reforçando inclusive a piora em fins de semana, quase sempre relacionada com o uso abusivo do álcool. Apesar dos especialistas concordarem que drogas e álcool frequentemente têm papel importante nas atividades violentas, seu papel específico não está claro, ou seja, é difícil determinar-se com precisão. Existem dúvidas se a presença de álcool ou drogas nos eventos violentos permite inferir que tenham afetado o comportamento das pessoas envolvidas, ou seja, não é possível saber pessoas em estado de abstinência não teriam cometido as mesmas transgressões. Do mesmo modo, não há clareza sobre o uso do álcool ou drogas como um fator que, associado a outros, desencadeia comportamentos violentos. Ainda, pouco se conhece sobre as contribuições dessas substâncias na vitimização, já que a maioria dos estudos enfoca o uso de álcool por agressores (MINAYO; DESLANDES, 1998).

Outro aspecto que também merece ser mencionado é o fato do consumo de álcool ser um agravo relacionado ao homem trabalhador, sendo o local do trabalho de fundamental importância no alerta e na abordagem dessa condição. Neste aspecto, considera-se que ações de vigilância à saúde nestes ambientes poderiam ser articuladas como uma rede cooperativa, coordenada pela APS e integrada em uma proposta mais abrangente de política de atenção à saúde do homem orientada pela integralidade do cuidado. O foco dessas ações seria as necessidades de saúde deste grupo populacional, em específico. Esta rede poderia ainda englobar as iniciativas comunitárias existentes nos territórios, o chamado

suporte social, com o objetivo de buscar a reinserção social e a reabilitação psicossocial dos indivíduos que apresentam problemas decorrentes do uso do álcool.

Segundo apontam alguns autores, o suporte social no tratamento pode auxiliar na remoção de atritos e melhorar a interação interpessoal dos usuários e a sociedade, ajudando-os a manter a abstinência e a assumir um novo papel social. O suporte social está associado às necessidades subjetivas do indivíduo e também se relaciona à capacidade de suporte emocional da família e amigos na redução dos conflitos interpessoais e do estresse, resgatando-lhe o respeito perante a sociedade (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008). Tais articulações em rede poderiam ampliar o leque das opções de cuidados ofertados aos cidadãos. Assim, estar-se-á saindo do tradicional modelo assistencialista apenas, pois este tem se mostrado pouco efetivo diante de uma problemática tão complexa, como a do uso de risco de álcool.

Considerações finais

A investigação, quanto à temática da ingestão do álcool pelo gênero masculino, evidencia que essa prática se insere na endocultura dos homens brasileiros, e mostra a necessidade do envolvimento não apenas do Estado, do indivíduo e da família, mas da sociedade como um todo na prevenção, promoção e recuperação dos usuários de risco do álcool numa lógica que contemple a singularidade e o resgate da cidadania. Nesse sentido, a APS se constitui em um cenário privilegiado para fazer a gestão do risco, identificando precocemente estes indivíduos com a utilização de ferramentas de rastreamento e intervenções validadas por evidências.

Agradecimento

À Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e, especialmente, à Gerência de Atenção Básica. ■

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004.
- AMARAL, M.B.; RONZANI, T.M.; FORMIGONI, M.L.O.S. The implementation process of screening and brief intervention programs for alcohol abusers in primary health care. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, Indianapolis, v. 31, n. 6, p. 117, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critério de Classificação Econômica Brasil, 2003*. Disponível em: <<http://www.abep.org.br>>. Acesso em: 9 jan. 2008.
- BARROS, M.B.A. *et al.* Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 4, p. 259-270, 2008.
- BABOR, T.F. *et al.* Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings: Implementation Models and Predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, Rutgers, v. 66, p. 361-368, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C. *II Levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo env.endo as 108 maiores cidades do país*. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2007. p. 472.
- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil – 2001*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional, 2002. p. 480.
- CHAIÉB, J.A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 245-254, 1998.
- CHALUB, M.; TELLES, L.E.B. Alcohol, drugs and crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, Supl I, p. 69-73, 2006.
- DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S.; RONZANI, T.M. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). *Sistema para detecção do uso abusivo de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. Livro 3. Brasília, DF: SENAD, 2006, p. 11-27.
- FERRI-DE-BARROS, J.E. *et al.* Transtornos relacionados ao uso de álcool em 1901 pacientes atendidos no Pronto Socorro Municipal de Taubaté no ano 2000. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 2-A, p. 307-312, 2004.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.
- GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, Supl I, p. 3-6, 2004.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações dos homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.
- MAGNABOSCO, M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S.; RONZANI, T.M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 637-647, 2007.
- MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, Supl I, p. 7-10, 2004.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.
- PECHANSKY, F.; SZOBOT, C.M.; SCIOLETTTO, S. Alcohol use among adolescents concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, Supl I, p. 14-17, 2004.
- PINHO, P.H.; OLIVEIRA, M.A.; ALMEIDA, M.M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, Supl 1, p. 82-88, 2008.
- PRIMO, N.; STEIN, A. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 280-286, 2004.
- REHM, J.; MONTEIRO, M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 18, n. 4-5, p. 241-248, 2005.
- REINERT, D.F.; ALLEN, J.P. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Indianapolis, v. 26, n. 2, p. 272-279, 2002.

RONZANI, T.M. *et al.* Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.

RONZANI, T.M. Padrão de uso de álcool entre pacientes da Atenção Primária à Saúde: estudo comparativo. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 163-171, 2008.

SOUZA, D.P.O.; SILVEIRA-FILHO, D.X. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 276-287, 2007.

VAISSMAN, M. *Alcoolismo no trabalho*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Garamond, 2004.

VOLK, R.J. *et al.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction*, Edimburgo, v. 92, n. 2, p. 197-206, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization, 2004.

Recebido para publicação em Novembro/2010

Versão definitiva em Janeiro/2011

Conflito de interesse: Inexistente

Suporte Financeiro: Não houve

Desafios e perspectivas do SUS na Saúde Mental e as suas ocorrências em álcool e drogas: uma análise qualitativa*

Challenges and perspectives of the SUS in the Mental Health and alcohol and drug problems: a qualitative analysis

Marli Fernandes¹, Regina Figueiredo², Silvia Bastos³, Tereza Etsuko da Costa Rosa⁴, Maria de Lima Salum e Morais⁵, Marisa Feffermann⁶, Sonia Ioyama Venancio⁷

¹ Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Psicóloga do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).
marlif@isaude.sp.gov.br

² Mestre em Antropologia Social e da Saúde; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP.
reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

³ Doutora em Ciências, Infectologia e Saúde Pública pelo Instituto de Saúde da SES/SP; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP.
silviabastos@isaude.sp.gov.br

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP.
tererosa@isaude.sp.gov.br

⁵ Doutora em Psicologia pela USP; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP.
salum@isaude.sp.gov.br

⁶ Doutora em Psicologia Social pela USP; Psicóloga do Instituto de Saúde da SES/SP.
marisaf@isaude.sp.gov.br

⁷ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP.
soniav@isaude.sp.gov.br

RESUMO Neste trabalho, discutem-se os principais fatores envolvidos no processo de referenciamento dos serviços e ações relativas às áreas de Saúde Mental, incluindo as ocorrências em álcool e drogas, sobretudo a pactuação entre os gestores e a elaboração de instrumentos de gestão, realizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma análise qualitativa das entrevistas de gestores de saúde estaduais e municipais, além das de técnicos responsáveis pela atenção em Saúde Mental, realizou-se um estudo dos modelos de atenção em saúde mental vigentes, apontando-se os desafios emergentes e as possíveis perspectivas inovadoras, com o intuito de assegurar a universalidade e a integralidade da atenção à saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; avaliação em saúde; regionalização; acesso aos serviços de saúde; recursos em saúde.

ABSTRACT *This paper discusses the main factors involved in the referencing process of services and actions regarding the areas of Mental Health, including alcohol and drugs problems, mainly on agreements between managers and the development of management tools, carried out in the Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese). With a qualitative analysis of interviews of state and municipal health managers, besides analysis from the technicians responsible for mental health care, we carried out a study of the current models of mental health care, pointing to the emerging challenges and possible innovative perspectives, aiming to ensure the universality and integrality of health care.*

KEYWORDS: *Mental health; health evaluation; regional health planning; health services accessibility; health resources.*

* Este artigo é um recorte do Projeto Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS.

Introdução

Este artigo tem sua inspiração no projeto intitulado 'Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS' e faz um segundo recorte, de abordagem eminentemente qualitativa, de análise relativa à linha de cuidado em saúde mental.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se institucionalizando, tendo como modelo organizacional a descentralização e a responsabilização crescente do ente federativo menos central. Neste sentido, a garantia da cobertura universal e integral da saúde da população depende da cooperação dos demais entes federativos, propiciando a realização de procedimentos de difícil disponibilização pelo seu alto custo ou pelas características próprias do problema de saúde.

Tendo como modelo de atenção à saúde mental aquele preconizado pela Reforma Psiquiátrica, que propõe a substituição da internação em hospitais psiquiátricos e que privilegia o tratamento em serviços territoriais e de base comunitária, o artigo versa sobre uma análise aprofundada da organização e a consolidação das Regiões de Saúde, os fluxos de referenciamento e os pactos de gestão que cumpririam um dos princípios fundamentais do SUS – a integralidade da atenção à saúde mental.

Importância da abordagem da saúde mental no contexto de saúde

Dados epidemiológicos brasileiros revelam elevada prevalência de transtornos mentais entre a população que acessa a atenção básica no país: 35,5% do total dos usuários (BRASIL, 2005). Especificamente, no município de São Paulo, as queixas psíquicas são a segunda causa mais frequente de procura por atendimento básico (CEINFO/SMS, 2004).

Com relação à atenção básica, constata-se que, no Programa de Saúde da Família, 58% das equipes relatam atender casos de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Percebe-se, em geral, um intervalo de cinco anos entre a detecção do problema em saúde mental ou de drogadição e a realização da primeira intervenção em saúde (BRASIL, 2004). A essa dificuldade de se obter, em curto intervalo de tempo, o diagnóstico diferencial seguido por tratamento adequado, ainda somam-

se outras inversões que desqualificam as intervenções nos serviços de saúde. Assim, diagnósticos referentes a doenças mentais primárias ou estruturais são tratados incorretamente como processos de transtornos mentais não estruturais e associados a fatores de risco, tais como uso abusivo de álcool e drogas psicoativas e vice-versa. Inclui-se a esta questão problemática — a de possível amálgama de diagnósticos — a produção de efeitos ineficazes, que se estabelecem no encaminhamento inefetivo dirigido às especialidades, ou mesmo, na atenção dos serviços de referência compostos pela rede em Saúde Mental.

Condições estruturais e práticas nas políticas de saúde mental

A política de Saúde Mental brasileira, desde 2001, tem adotado como pressuposto a Reforma Psiquiátrica, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 213). Os projetos são traçados com o objetivo de criar redes de serviços substitutivos de melhor qualidade, seguindo a lógica inversa à internação em hospitais psiquiátricos e promovendo a atenção estrutural, por meio dos Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS) e da atenção à família em domicílio, organizações de cooperação, religiosa ou com produção de arte, entre outros.

A referência regionalizada dos serviços de saúde a partir da atenção básica para a média e a alta complexidade do sistema de Saúde é um dos efeitos do mecanismo de descentralização, cujos planos conceituais da integralidade e universalidade da atenção e da promoção da cidadania de seus usuários são concretizados e implantados, conforme previsto nas diretrizes do SUS.

Cabe ressaltar, como diz Lancetti (2005), que a lógica para a Saúde Mental trata-se de uma complexidade invertida. Normalmente, no sistema de Saúde, a hierarquização pode ser compreendida por processos simples, como programas de aleitamento materno, programas para diabéticos e hipertensos, enfim, todas as ações desenvolvidas em unidades básicas de saúde situadas no bairro em que as pessoas moram, pois são procedimentos de baixa complexidade tecnológica; os procedimentos realizados em centros cirúrgicos e hospitais de grande porte, como cirurgias de transplantes de órgãos e cirurgias cardíacas, são os de alta complexidade.

Ao contrário, na Saúde Mental, os procedimentos que ocorrem nas enfermarias, nos pátios dos hospitais, e as atividades desenvolvidas nas clínicas de usuários de drogas são procedimentos simples e que tendem à simplificação, tornam a própria vida do paciente cronificada, cada vez mais empobrecida, desvitalizada; já as ações que se dão no território geográfico e existencial onde o sujeito vive, em combinações com outros agenciamentos culturais, locais, composições artísticas etc., são ações muito mais complexas.

Isso também se aplica aos CAPS, que são dispositivos de alta complexidade, e na prática, apresentam um grande obstáculo a ser enfrentado: a centralização em si mesmo e sua pouca abertura para o território. Somada a estas questões, pontuamos, como Wetzl (2005), a necessidade das propostas que estimulem a inserção social, o resgate da autonomia e da identidade do usuário portador de sofrimento mental, além dos questionamentos constantes dos profissionais de Saúde Mental a respeito da sua atuação dentro dessa perspectiva. Ainda com relação aos usuários portadores de transtornos menos graves, Onocko-Campos (2005) aponta para a ausência de uma política mais efetiva que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental e que resulte na integralidade das ações entre a atenção básica e a rede substitutiva de apoio em Saúde Mental. Nesse contexto, realizou-se um estudo dos modelos de atenção em saúde mental vigentes, apontando-se os desafios emergentes e as possíveis perspectivas inovadoras, com intuito de assegurar a universalidade e a integralidade da atenção à saúde da população.

Método

O presente estudo é parte do Projeto de Pesquisa 'Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP' (Convênio FAPESP – CNPq – SUS), realizado em 2006, que teve como objetivo geral avaliar as práticas gestoras de referenciamento regional no estado de São Paulo. Mais detalhes sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa estão descritos em outras publicações (VENANCIO; NASCIMENTO; ROSA; MORAIS; MARTINS; VOLOCHKO, 2009; MORAIS; FEFFERMANN;

FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009; ROSA; BERSUSA; MONDINI; SALDIVA; NASCIMENTO; VENANCIO, 2009).

Vale assinalar que, a partir de dezembro de 2006, as regiões de saúde do estado de São Paulo foram re-dimensionadas e passaram a ser denominadas, desde então, de Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Entretanto, o presente projeto de pesquisa foi desenvolvido na configuração anterior, com 24 regiões de saúde, denominadas Direções Regionais de Saúde (DIR), mantendo-se, assim, essa denominação neste artigo. As DIR selecionadas para o estudo foram Campinas, Piracicaba, São José do Rio Preto, Mogi das Cruzes e São José dos Campos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas realizadas com gestores regionais e municipais de Saúde e técnicos e coordenadores da área de Saúde Mental, abordando a situação de Saúde Mental da região e ocorrências de álcool e drogadição. Foram incluídas as informações sobre a estrutura de serviços e o sistema de referenciamento da Atenção Básica para os serviços de média e de alta complexidade, a partir das seguintes categorias de análise: relações de pactuação entre gestores e suas iniciativas de avaliação; instrumentos de avaliação e gestão utilizados; mecanismos formais e informais de pactuação; fatores que facilitam e dificultam a pactuação diante da condição de formalidade ou informalidade; percepção dos gestores e atores sociais e formas de superação de dificuldade.

Os procedimentos de análise qualitativa utilizados para a coleta de dados inserem-se no modelo de pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULUS, 1994) com caráter estratégico (BULMER, 1978 apud MINAYO, 1996), cujo interesse central foi a referência para atenção secundária e terciária em saúde e a contrarreferência e os mecanismos em operação para tornar possíveis esses processos, no âmbito da regionalização do sistema de Saúde. Assim, dimensionamos na grade de informações o plano municipal e sua complementaridade interrelacionada aos planos de saúde, regional e estadual, bem como a importância de outros níveis não municipais que possibilitem o referenciamento de média e alta complexidade.

As entrevistas não foram diretas e específicas (verticalizadas), mas sim semidirigidas (horizontalizadas),

permitindo maior emissão de opiniões do entrevistado. Foram realizadas especialmente com gestores regionais e municipais, conforme os critérios de seleção do projeto. Para análise dessas, adotou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2002), verificando-se a transversalidade temática, buscando-se oferecer respostas aos objetivos definidos pela pesquisa e vinculá-las ao tema pertinente (heurística). Os processos de referência foram classificados segundo sua condição de serem formais ou informais, ampliando-se a compreensão do contexto das regionais de Saúde nas questões que envolvem o estabelecimento de referências e contrarreferências. Destacaram-se nesta análise a situação geral da referência, a pactuação entre gestores, a inclusão de ações em saúde mental no Plano Diretor Regional (PDR) e Programação Pactuada Integrada (PPI), atores envolvidos no processo de referenciamento e seus instrumentos de gestão e as iniciativas de avaliação.

Vale assinalar que as discussões deste artigo incluem o retrato da situação de assistência em saúde mental e a análise da evolução da implantação da Política Nacional de Saúde Mental no período de 2003 a 2006, realizadas por meio de estudo de indicadores de saúde do sistema oficial de dados do DATASUS. Este trabalho foi produzido por Morais *et al.* (2009) num primeiro recorte de análise da linha de cuidado em saúde mental do projeto original do qual também se vale o presente artigo. Os referidos autores verificaram que, de forma geral, a proposta de mudança no modelo de atendimento em saúde mental não repercutiu significativamente na produção da rede substitutiva e que o número de internações ainda é grande na maior parte das regiões pesquisadas, mantendo-se a hegemonia do modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Assim, este artigo buscou evidenciar, num primeiro momento, os resultados da etapa avaliativa-qualitativa da pesquisa, em que se adotou a técnica de análise de conteúdo das entrevistas. Note-se que essa forma de coleta de dados foi escolhida porque permite a comunicação como processo e não como algo fixo, ampliando-se e desviando-se das estruturas e dos elementos formais de registros de indicadores e dados (MINAYO, 1996). Num segundo momento, realizou-se uma análise do ‘diagrama transversal’ entre as DIR, por meio da aplicação do método fenomenológico.

Considerando-se que a investigação fenomenológica não se limita aos modos exclusivos de um modo de saber preconcebido, e que não se esgota na circunscrição do investigável, pode-se construir uma ampla discussão das questões problemáticas da pesquisa avaliativa original, o que produziu perspectivas inovadoras dispostas nas recomendações deste artigo. Reconhece-se que as análises do diagrama transversal tiveram como ponto de partida as entrevistas horizontalizadas, possibilitando perceber a importância de ‘como se mostrava aquela realidade’, em seus níveis informais ou formais, articulados às práticas dos trabalhadores da saúde e das práticas gestoras. Faz-se necessário ressaltar que a análise qualitativa aqui realizada traduz uma experiência investigativa própria do método fenomenológico, pois exige do pesquisador uma posição atenta na descrição dos fenômenos e não explicações que possam advir do uso de conceitos pré-estabelecidos, nem ‘teorias antecipadas’.

O projeto ‘Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP’, anteriormente citado, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não existiu nenhum tipo de conflito de interesses para o desenvolvimento da pesquisa.

Resultados e discussão

Instrumentos de gestão de referenciamento em Saúde Mental

Neste estudo, foram analisadas as questões sobre as ferramentas formais de gestão de referenciamento, estabelecidas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), quais sejam o PDR e o PPI, articulados ao esforço gestor com relação ao referenciamento em Saúde Mental. Todas as DIR relataram o processo de construção desses instrumentos; porém, as referências e contrarreferências acabam sendo informais, e a implementação dos mesmos mostrou-se insatisfatória. Conferimos no depoimento de um dos entrevistados como foi o PDR em relação à Saúde Mental:

A referência em Saúde Mental não está incluída nos PDR e a única pactuação em Saúde Mental existente no Estado de São Paulo é a de internação em hospitais psiquiátricos. (Gestor Municipal e Regional).

O foco da atenção em Saúde Mental está voltado, praticamente, única e exclusivamente para a criação dos equipamentos (CAPS) preconizados pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental, implementados com iniciativas federais e municipais. Apesar da ampliação dessa rede de serviços, a pactuação na atenção e o referenciamento de casos só existem para a internação de emergência, determinada pela central de vagas via DIR, gerenciada por um sistema de referenciamento formal. Mesmo nesses casos, não se pode afirmar que a pactuação é suficiente para todas as DIR aqui pesquisadas.

Isso significa que – em que pesem os avanços pretendidos no processo de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no SUS com os instrumentos de gestão de referenciamento – estes não se alinham às transformações nos campos teórico-técnico-assistenciais ocorridas na Saúde Mental.

A internação psiquiátrica como única pactuação a ser incluída nos PDR pode ser explicada se seguirmos a mesma lógica do referenciamento em outras linhas de cuidado, em que o sentido crescente dos níveis de complexidade parte da atenção básica para os ambulatorios de especialidades, chegando aos hospitais. Entretanto, como comenta Lancetti (2005), a complexidade na Saúde Mental é invertida e, portanto, parece haver a necessidade de outros instrumentos de gestão para o referenciamento na Saúde Mental.

Outro aspecto que podemos destacar é que, apesar da sensível queda no número de leitos psiquiátricos (BOTEGA, 2002; MORAIS; FEFFERMANN; FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009) e da intensa construção de novos serviços extra-hospitalares em Saúde Mental (ANDREOLI; ALMEIDA-FILHO; MARTIN; MATEUS; MARI, 2007; MORAIS; FEFFERMANN; FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009), estes ainda não

têm sido eficientes no sentido de evitar a internação de pacientes em sofrimento psíquico, como apontaram os entrevistados:

O CAPS I e CAPS II, não sustentam as demandas de internações psiquiátricas especialmente porque não atendem 24 horas. (Informante Municipal).

A prática cotidiana dos serviços e dos profissionais também revela o descompasso entre a aspiração de substituição do modelo hospitalocêntrico e a reafirmação do modelo tradicional. Conforme relato dos gestores, a operacionalização das ações se perde entre as discussões das muitas dificuldades, sobretudo diante das diversidades existentes entre os municípios. As principais necessidades correspondem a variações territoriais, populacionais e sociais, numa cartografia heterogênea composta entre municípios caracterizados como ‘muito pequenos’ em oposição aos ‘grandes’, estes últimos, em geral, municípios polos, referências de cada região. Confirma-se aqui o que Onocko-Campos e Gama (2008) afirmam:

a falta (ou diríamos, distorção) de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes seja tratada apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento. (p. 224).

Alguns informantes queixam-se que o sistema de referenciamento não tem resolubilidade, porque as regionais têm um viés meramente administrativo e não territorial e analítico quanto ao fluxo de pessoas, à realidade da região, seus municípios e suas demandas:

Para se ter esta resolubilidade se faz necessário analisar o que a região oferece, o fluxo das pessoas, a cultura local. Em São Paulo ainda estamos na época dos ERSAS. (Informante Regional).

Ademais, apesar do afloramento de uma nova configuração no panorama da rede de serviços alternativos ao manicômio, a internação em hospitais psiquiátricos como forma de tratamento da loucura ainda é muito forte. Se, por um lado, os mecanismos formais de referenciamento em Saúde mostram-se inadequados para a Saúde Mental, por outro, observou-se que gestores e técnicos encontram formas ‘alternativas’ para driblar a falta de infraestrutura e de investimento na oferta de serviços substitutivos e realizar os encaminhamentos necessários à atenção nesta área. Em vários municípios, ouvimos entrevistados referirem-se a termos tais como ‘protocolozinhos’ e ‘PPIzinha’, que conotam mecanismos informais de referenciamentos para outros serviços/municípios, principalmente no encaminhamento de crianças e portadores de deficiência mental grave. Também valem-se de ‘contatos de amigos’ como negociação de encaminhamentos de pacientes em serviços especializados em outros locais, além de estratégias como repasse de verbas entre gestores de municípios diferentes.

Evidentemente, existe a percepção, entre gestores e técnicos, de que a rede de serviços de referenciamento precisa ser não só rediscutida, mas informada para o usuário, que tem dificuldade de visualizar o seu todo e, portanto, de acessá-la:

Redesenhar a rede em Saúde Mental incluindo o que é privatizado no sistema, especialmente que esta falta de comunicação no sistema enfraquece o SUS. Nós gestores temos dificuldade de entender esta linha de cuidado, imagina o usuário. (Gestor Regional).

Outro aspecto que vale ser destacado é a visível diferença de infraestrutura e de recursos humanos entre os municípios e entre regiões. Por exemplo, iniciativas como a criação de um colegiado de especialidades em Saúde Mental, observado na DIR XII - Campinas. A ideia da formação do Colegiado, juntamente com os relatórios avaliativos de gestão e os planos municipais e regionais de saúde, foi de construir estratégias de superação da informalidade para as referências em Saúde Mental. Há reconhecidos esforços dos gestores da área; porém, fica claro o distanciamento nos direcionamentos temáticos e as dinâmicas discutidas:

porque a gente não é um colegiado, no fundo, não é um colegiado, se chama de colegiado mas não tem uma relação entre nós, não nos conhecemos suficientemente. (Técnico da área de Saúde Mental).

Portanto, não obstante o empenho dos seus componentes na manutenção e sustentação desse colegiado, a escolha dos temas e as discussões são recebidas com restrições pelos trabalhadores de saúde. Estes alegam que as decisões, com raras exceções, mostram-se distantes da realidade local, das dificuldades diárias e da não solução de necessidades mais simples, como a contratação de psiquiatras, falta de veículo para a locomoção dos pacientes, etc. Soma-se a essa situação o contexto de dificuldades dos municípios menores e mais distantes de participarem das reuniões do Colegiado, os quais se ressentem, essencialmente, da falta de comunicação das ‘decisões’ tomadas pelo grupo.

Essa problemática, observada claramente no exemplo acima e em outras DIR, com pequenas nuances diferenciais, não se restringe apenas à falta de identificação e do pouco envolvimento com as necessidades ‘práticas’. Estas ‘desconexões’ se reproduzem num efeito coletivo e regionalizado; observa-se uma postura de não-pertencimento, um distanciamento que, em certa medida, tem potencial de cristalizar as dificuldades já existentes em cada serviço, município ou região.

Um exame mais cuidadoso da situação exposta, talvez, possa nos revelar o que já se vem discutindo no campo da Saúde, inclusive da Saúde Mental, que é a superespecialização e a lógica enraizada do encaminhamento, principalmente no contexto da atenção básica. Coloca-se, aqui, à tona a incapacidade, por diversos motivos, de uma equipe de saúde de sobrepor a lógica da corresponsabilidade pelo paciente à lógica do encaminhamento, utilizando-se de serviços e de seus cardápios de programas e ofertas já estabelecidos, sem levar em consideração as necessidades dos sujeitos e de seus relacionamentos no interior das famílias e do território (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

À situação anteriormente exposta se interpõem algumas iniciativas inovadoras, como as observadas em Novo Horizonte (DIR XII), que, preocupando-se em

reduzir a demanda de referenciamento, tem privilegiado ações de atenção descentralizada, com articulação de outras áreas de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), Programa Saúde da Família (PSF) e também interssetorial, com envolvimento de secretarias de assistência social, cultura, além de organizações não-governamentais (ONG) e associações locais.

O papel coordenador do nível estadual no referenciamento

Após a descentralização e municipalização dos serviços e ações de saúde no SUS, a efetivação do princípio organizacional da integralidade, por meio da adoção de mecanismos eficazes de regionalização e da hierarquização da atenção à saúde, encontra barreiras. Além das dificuldades anteriormente expostas, outros entraves ficam notáveis no tocante ao papel coordenador do nível estadual nesse processo e aos recursos financeiros.

Considerando-se que, apesar do financiamento do SUS para todos os municípios brasileiros ser feito com os recursos dos três níveis de governo, é visível, segundo os registros obtidos nesta pesquisa, que a participação da Secretaria de Estado da Saúde é pequena e, portanto, insuficiente. Isso é apontado pelos gestores municipais como um dos elementos que contribuem para a dificuldade do processo de construção do SUS neste estado.

Observou-se, em diversas falas, que o papel da esfera estadual fica aquém das necessidades de cooperação técnica, financeira e de coordenação de parcerias, principalmente visando à integração dos municípios menores, com menos condições estruturais e, portanto, mais excluídos da rede de serviços, embora o gestor regional demonstre ciência sobre esta situação e aponte alguns caminhos para a solução:

[...] porque se a gente colocar mais dinheiro no sistema do jeito que ele está hoje, ele vai reproduzir iniquidade, você vai dar mais para o prestador que já faz muito, e você vai ter região do estado que continua sem recurso, então é fundamental caminhar junto a esses dois processos, da gestão, da regionalização, da pactuação, e do aumento de recurso financeiro. (Gestor Regional).

Geralmente, os mecanismos de cooperação técnica e logística interna nas DIR são feitos com empréstimos de funcionários, doação de material, encaminhamentos hospitalares e intervenções pontuais para serviços de Saúde Mental, incluindo os problemas de abuso de álcool e drogas.

Atores envolvidos no processo de referenciamento em Saúde Mental

Segundo os entrevistados, os atores envolvidos no processo de referenciamento na área de Saúde Mental pertencem a vários segmentos sociais, tanto do poder público, quanto da sociedade civil e universidades.

Todas as regiões demonstram procurar, cada uma a seu modo, mobilizar apoios locais na implementação das Políticas de Saúde Mental, incluindo os apontados nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. No entanto, reconhecem que quase nada tem mudado e o modelo de atenção centrado na internação tem permanecido:

O CAPS AD numa cidade não consegue..., então ele acaba atendendo ou quem está bem ou, como ele também não tem leitos, ele não compete também muito. (Informante Municipal).

Os Hospitais Universitários (HU) são referidos em vários momentos, ora como problema, ora como solução para a atenção em Saúde Mental, representando uma ambivalência quanto à integração com o SUS. Os hospitais conveniados atuam, muitas vezes, sem observância das diretrizes do SUS e das de humanização do atendimento em Saúde Mental. O Colegiado de Saúde Mental de Campinas, local onde o HU tem papel protagonista, tem organizado reuniões e discussões com os demais atores locais, e a estratégia tem se mostrado efetiva para superar a baixa efetividade dos instrumentos formais de gestão do referenciamento na região.

Prevenção em Saúde Mental?

Ainda é tímido o comprometimento com as ações de Prevenção em Saúde Mental no sentido de resgatar e ampliar vários serviços da rede de apoio focalizando a relação interssetorial, ou seja são modos de se fazer prevenção de

saúde como um conceito e uma prática ampliada de saúde, algo para além da saúde mental. Trata-se de um trabalho solidário, articulado a ONG, Secretaria de Assistência Social, grupos de comunidade, e sobretudo um reforço nas oficinas de geração de renda com a implementação das bolsas de trabalho que ampliam e modificam realmente as condições de vida da comunidade. (Informante Municipal).

O depoimento acima parece expressar uma frágil compreensão da noção de prevenção e de quais ações em prevenção têm sido empreendidas historicamente no campo da Saúde Mental entre nós. Devemos considerar que a primeira vez que se fala em prevenção neste campo, no contexto brasileiro, é no final da década de 1970 e, sobretudo, meados da de 1980, do século passado, com base nos princípios da Psiquiatria Preventiva norte-americana (CAPLAN, 1980). Na proposta preventivista, há um modelo estrito, no qual se pretendem neutralizar ‘as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham a oportunidade de causar a doença’ (p. 40). Algumas contribuições críticas sucederam-se ao preventivismo, embora sem chegar a um modelo alternativo aplicável (SAMPAIO, 1998; LANCETTI, 1989). Talvez por isso essa indefinição nas falas dos profissionais, embora no tema da prevenção em Saúde Mental distinga-se claramente a prevenção da doença da promoção e da produção de saúde.

O depoimento parece, ainda, circunscrever-se a um sentido amplo de promoção de saúde, sendo que este aponta mais para a definição de saúde ampliada da 8ª Conferência Nacional de Saúde do que para a prevenção em Saúde Mental.

Entende-se que as ações intersetoriais de promoção de saúde realizadas por meio de parcerias com escolas, programas de Saúde da Família, Secretaria da Assistência Social, etc. podem e devem ser realizadas nos municípios, desde que eles tenham algum recurso em Saúde Mental. Entretanto, percebe-se que há uma dificuldade de articulação de gestores e profissionais de saúde na organização e definição de políticas e estratégias locais, que costumam ser substituídas pelas urgências e necessidades do dia-a-dia. Em síntese, o desenvolvimento dessas ações só ocorre em municípios de maior porte, provavelmente por reunirem melhores condições para isso, tais como existência

de profissionais de saúde formados e capacitados e de disposição do gestor em investir em tais ações e em facilitar a formação de parcerias. Reforça-se também que, aparentemente, a possibilidade de ações mais complexas associa-se à presença de CAPS no território.

Isso se confirma pela estratégia utilizada pelos pequenos municípios de encaminhar os seus pacientes para os que já possuem serviços referenciais, como os ambulatórios e os CAPS. Esses encaminhamentos nem sempre têm um efeito positivo, uma vez que a rede substitutiva em Saúde Mental já apresenta uma alta demanda de usuários, somada à precariedade no número, registrada em todo o Estado de São Paulo.

No contexto das práticas de atenção psicossocial, algumas iniciativas muitas vezes convergem para esforços de recuperação de direitos de cidadania e do poder de contratualidade realizados por meio de práticas e políticas de geração de renda e de promoção social:

Através do centro de convivência, que são locais que tem oficinas, atividades de lazer, etc, que a gente está tentando, nós já temos nove centros de convivência em Campinas, então a gente vem tentando multiplicar esses locais, junto com as ONG, junto com os grupos da comunidade, e as oficinas de geração de renda, mas não tem prevenção, em saúde mental, só tem geração de renda, então a gente, tem feito oficina mais protegida, pra pessoas que são mais prejudicadas na saúde mental, que não recebem bolsas trabalho através das oficinas de trabalho que chamamos de ‘mais abertas’, nós estamos fazendo um trabalho conjunto com a Secretaria de Assistência Social, que tem um setor de trabalho solidário e a gente tá fazendo um conjunto, tem um plano municipal de trabalho solidário de saúde mental. (Gestor Municipal).

Especificidades de atenção em álcool e drogas

Perante o crescente aumento do uso abusivo de álcool e de substâncias psicoativas (SILVA, MALBERGIER; STEMPLIUK; ANDRADE; ANDRADE, 2006), o Ministério da Saúde assume que o uso de álcool e outras drogas são um grave problema de saúde e elabora, a

partir de 2004, a Política de Álcool e Drogas (BRASIL, 2004). As diretrizes traçadas nessa política seguem as mesmas propostas pela Reforma Psiquiátrica e explicitam a compreensão das implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas que tem o problema da dependência química. Nesse sentido, na prática cotidiana dos profissionais de saúde, há uma percepção geral da insuficiência de serviços para Saúde Mental e também dos limites de atuação para especificidades, como os CAPS-AD (álcool e drogas). Para alguns profissionais de saúde, fica clara a necessidade de implantar ações preventivas e realmente inovadoras no sentido de reduzir a incidência de casos de drogadição e da cronicidade de pacientes psiquiátricos. Concordam com Amarante (2003) quando o autor aponta a necessidade de se dar suporte integral à vida do usuário ou do paciente psiquiátrico e de suas famílias, criando novas práticas sociais de se lidar com a doença, ultrapassando o teorizar e o intervir clínico e reforçando a inserção destes usuários com outros dispositivos não assistenciais (cooperativas, associações, clubes, centros de convivência, centros de cultura, etc.).

Entretanto,

O alcoolista e o drogadito, o dependente químico, ele está desassistido, no estado de São Paulo inteiro, eu acho, tem uma dúzia de grandes municípios que têm CAPS AD. (Informante Regional).

O CAPS AD, nas cidades maiores, nos casos que eu tive, ele acabou sendo pouco potente para os casos realmente complexos, que não aderem e que tem uma situação de vida já de muitas perdas, muitas rupturas. (Informante Regional).

Numa cidade pequena, como Amparo (...), eu tenho expectativa que a gente consiga fazer uma outra ponte com as situações de vida, porque é mais perto, e com as Unidades de Saúde da Família... (...) dar conta de atendimento intensivo, o suporte de um espaço mais protegido,

de situações clínicas, mas que também você consiga significar mais na vida. (Informante Municipal).

Do mesmo modo, outras possibilidades estão sendo percebidas no enfrentamento da atenção à dependência química:

Talvez um CAPS AD não seja mais efetivo numa cidade pequena, não consigo ter essa certeza. A questão da dependência, ainda é mais frágil enquanto construção, do que em relação ao transtorno mental grave. Para mim também é enquanto construção pessoal, mas acho que a política ainda é mais fraca. (Informante Municipal).

Por outro lado, dificuldades na compreensão do novo modelo de assistência que propõe a diminuição das ações interventivas e de hospitalização ainda estão presentes na avaliação dos próprios CAPS, demonstrando inadaptação ao modelo de atenção à Saúde Mental preconizado no SUS:

Os leitos no hospital geral de no máximo 24 ou 72 horas, ou 15 dias de permanência, que em relação aos ditos loucos, ainda não é uma boa proposta, porque você continuaria remetendo sintomas e não resignificando na vida. Então um CAPS 24h é o fundamental. Em relação ao CAPS AD, talvez faça algum sentido, só que você desintoxica e volta, num hospital você desintoxica e ele fica, prevenindo uma recaída quando ele não está nem em contato com a droga. (Informante Regional).

Recomendações: desafios e perspectivas

- Quanto à regionalização da atenção em saúde: apesar das normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ainda se reafirma a necessidade de se redefinir e implantar o processo de pactuação e de regionalização juntamente com um novo

desenho das regiões, o que significa que a região do Pacto não é uma estrutura administrativa e, sim, um espaço, um território que dê conta da integralidade das ações. Enfatiza-se, mais uma vez, que a atenção básica deve ter a competência de resolver a maioria dos problemas, de acordo com a necessidade do usuário. Nesse caso, aponta-se, como Onocko-Campos (2005), a necessidade de uma política mais efetiva, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental e que resulte na integralidade das ações entre a atenção básica e a rede substitutiva de apoio em Saúde Mental;

- Quanto à desconexão das discussões e propostas discutidas em colegiados e às necessidades, diversidades e falta de comunicação observadas nos serviços, recomenda-se a análise e revisão coletiva de serviços e dos sistemas de gestão. A troca de experiências é fundamental e deve ser estimulada, para que seus apontamentos possam ser considerados e colocados em prática, juntamente à discussão de suas possibilidades. Cabe ressaltar que a responsabilidade de sensibilização e o comprometimento de resolução dos problemas da área é dever de todos – gestores e profissionais – e deve ser estimulada paralelamente ao esforço integrado nos diversos planos da Política de Saúde Mental, inclusive na construção de uma nova política de Recursos Humanos, focalizando o espaço de criação das equipes, construções de identidades coletivas e de subjetividades;
- Quanto ao papel da esfera estadual, verifica-se que é necessária uma ação mais direta e eficaz da gestão estadual na promoção da cooperação técnica, financeira e na coordenação em parceria com municípios, especialmente a rede de serviços, garantindo a integralidade da atenção à saúde, sobretudo em municípios menores;
- Quanto à participação das diferentes esferas de Saúde Mental, é necessária a construção de modelos de gestão menos verticalizados, onde os municípios e regionais utilizem-se de articulações locais, como foi feito, por exemplo, na DIR Campinas com o PSF, buscando estratégias práticas e legais para a ampliação de suas ações e utilizando estratégias de educação em saúde e atividades em grupo, além de visitas domiciliares e intervenções intersetoriais;
- Quanto à atenção em Saúde Mental nos casos de crises nas psicoses, na drogadição e no alcoolismo, é preciso criar novos CAPS III, que apresentem maior resolubilidade em relação ao CAPS I e II, bem como a capacitação das equipes dos serviços de referência em Clínica Geral, especialmente como prevenção de internação em hospital psiquiátrico. Um dos exemplos inovadores seria a criação de retaguardas noturnas em pronto-socorro de hospitais gerais;
- Quanto à promoção em saúde (mental), deve-se promover e melhorar as ações de saúde (mental) por meio de incentivos financeiros e organizacionais nos níveis estaduais e municipais, resgatando-se o conceito de promoção para além do processo biológico de saúde/doença. É preciso também viabilizar a construção de autonomia dos usuários individual e coletivamente, por meio de intervenções intersetoriais, potencializando os planos sociais e culturais, articulados aos programas como geração de renda, de volta para casa, bolsa de trabalho, atividades de lazer, centros de convivência, cooperação técnica entre outras secretarias, associações não governamentais, etc.
- Quanto à democratização dos sistemas de informação, é preciso criar e ativar o sistema de comunicação dirigido à população que necessita destes serviços e democratizar o funcionamento do sistema em redes para a Saúde Mental;
- Quanto à capacitação e implantação de qualificação do trabalho dos profissionais e dos serviços de Saúde Mental, é importante promover qualificação e atualizações, por meio dos cursos de capacitação em todos os níveis da rede de cuidados em Saúde Mental, estimulando a responsabilidade compartilhada dos casos e excluindo a lógica do encaminhamento.

Referências

- AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A., SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). *Fim de século: ainda manicômio?* São Paulo: IPUSP, 2003. p. 46-52.
- ANDREOLI, S. B. *et al.* Is psychiatric reform a move for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 1, p. 43-46, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.
- BOTEGA, N. J. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. *Int Soc Psychiatry*, v. 48, p. 97-102, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde/NOAS-SUS 01/2001, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde Secretária de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental Dape; 2005. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed., revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1980.
- CEINFO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, 2004
- CONTANDRIOPOULUS, A. *Saber Preparar uma pesquisa*. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
- FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, p. 129-138, 2009.
- LANCETTI, A. *Clinica Peripatética*, São Paulo: Hucitec, 2005.
- LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental. In: LANCETTI, A. *et al.* *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec. 1989, p. 75-89.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.
- MORAIS, M. *et al.* Um estudo avaliativo das ações de Saúde Mental no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 112-118, 2009.
- ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* Pesquisa avaliativa da rede CAPS de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva. 2005. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/pesquisa_avaliativa.php. Acesso em out. 2009.
- ONOCKO CAMPOS, R; GAMA, C. Saúde Mental na atenção básica. In: CAMPOS G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.
- ROSA, T. E. C. *et al.* Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema único de Saúde no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.
- SAMPAIO, J. J. C. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SILVA, L. V. E. R. *et al.* Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p.280-288, 2006.
- VENANCIO, S. I. *et al.* Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudede coletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3363[Acesso em jul. 2009.
- WETZEL, C. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

Recebido para publicação em Abril/2009

Versão definitiva em Novembro/2009

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: FAPESP-CNPq-SUS Processo 2005/58542-7

Reabilitação psicossocial de alcoolistas: relato de experiência

Psychosocial rehabilitation of alcohol dependents: experience report

Fernanda Jorge Guimarães¹, Jaqueline Galdino Albuquerque², Simara Lopes Cruz³, Suzana de Oliveira Mangueira⁴

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Membro relator do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. ferjorgui@hotmail.com

² Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE; Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da UFPE. jaquelinealbuquerque@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem pela UFPB; Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da UFPE; Membro relator do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. simara.cruz@hotmail.com

⁴ Mestre em Enfermagem pela UFPB; Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da UFPE. suzanaom@hotmail.com

RESUMO Este artigo visa discorrer sobre a experiência da assistência prestada a alcoolistas em uma instituição hospitalar. Trata-se de um relato de experiência acerca das oficinas terapêuticas realizadas no projeto de extensão 'Assistência Interdisciplinar a Acoolistas'. Foi realizado um diagnóstico situacional, que embasou a definição das ações coletivas de educação em saúde pautadas na metodologia da problematização e a assistência sistematizada individual. Verificou-se que tais ações têm contribuído para a formação crítica dos discentes, melhorado a qualidade do serviço prestado pela instituição e despertado, nos usuários do serviço, o estímulo ao autocuidado, promovendo sua reabilitação psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Assistência; Reabilitação

ABSTRACT *This article aims to report the experience of a therapeutic treatment provided to alcohol dependents in a medical institution, carried out by an 'Interdisciplinary Extension Project for alcohol dependents'. A situational diagnosis defined the health collective actions needed to be taken, based on the problematization methodology and in the individual systematic assistance. It has been verified that such actions are contributing to the students' critic formation, improving the institution service quality and stimulating the alcohol dependents to self-care, promoting a psychosocial rehabilitation.*

KEY-WORDS: Alcoholism; Assistance; Rehabilitation

Introdução

Reconhecido como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, devido a suas consequências socioeconômicas, repercussões tóxicas sobre órgãos e tecidos, o alcoolismo origina diversos mecanismos deletérios e diversas consequências sociais negativas. Carício (2009) afirma que o alcoolismo produz um quadro de doenças na pessoa dependente, que afeta a sua qualidade de vida pessoal, bem como efeitos colaterais, os quais trazem prejuízos sociais, como perda da capacidade profissional, conflitos e crises pessoais e interpessoais, prejudicando principalmente a família.

Laranjeira e Pinsky (1998) corroboram, ao referirem que o alcoolismo traz sequelas físicas, sejam elas hipertensão, úlcera, cardiopatia e cirrose; psicológicas, como desemprego, problemas de memória, irritabilidade, insônia, depressão e ansiedade; e sociais, como desemprego, problemas conjugais e familiares, acidentes de trabalho e automobilístico e prisões. Este quadro afeta a socialização dos indivíduos envolvidos com essa substância, a autoestima e capacidade produtiva, sendo necessária a busca por formas de tratamento para recuperar o alcoolista, com implantação de políticas governamentais reabilitadoras.

Marques (2001) afirma que o consumo excessivo do álcool por grande parcela da população vem se tornando um problema médico-social, desafiando profissionais de saúde quanto a sua atuação objetiva. O tratamento do alcoolismo inclui uma variedade de propostas terapêuticas com abordagens multidimensionais, que dependem do conceito de dependência química adotado, bem como sua assimilação política e cultural, da motivação e predisposição biológica do indivíduo, além da participação da família e do grupo social que o permeia, levando em consideração a particularidade de cada caso. É preciso ainda considerar o papel ativo do dependente em seu tratamento, o grau de dependência do mesmo e suas limitações.

Embora o consumo de álcool remonte aos tempos mais antigos, o termo alcoolismo se consolidou e teve sua definição validada no século 1920. A Síndrome da Dependência Alcoólica, ou Dependência do Álcool, de acordo com a DSM-IV *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, caracteriza-se como um

processo no qual há a presença de um conjunto de manifestações resultantes de uma dependência gradativa. Segundo a atual definição, a Síndrome de Dependência Alcoólica consiste no conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que aparecem após o uso repetido de uma substância psicoativa, neste caso o álcool, com um grande desejo de utilizar a droga, e uma forte dificuldade em resistir ao seu consumo. Além disso, embora se saibam dos danos provocados à saúde, a necessidade de utilizá-la é tão intensa, que, por vezes, acarreta a uma dependência física e a um aumento da tolerância à substância (CID-10, 2008).

Consequente ao uso abusivo do álcool, são associadas: a violência doméstica, os acidentes de trânsito e os danos à saúde (GORGULHO; DA ROSA, 2006). Com base na observação e confirmado a partir da fundamentação teórica, identifica-se que os déficits psicossociais afetam o usuário, as pessoas que convivem diretamente com ele e a sociedade em geral. Para melhorar este cenário, sugere-se a realização de uma avaliação que contemple, dentre outros aspectos, o desempenho das atividades de vida diária, de lazer e produtivas; histórico familiar e ambiente social. A literatura destaca o álcool como a droga mais consumida no Brasil, estando mais relacionada aos danos diretos e indiretos à saúde da população, e mais negligenciados do ponto de vista das práticas preventivas, ou seja, diagnóstico de tratamento pelos profissionais de saúde (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

As estatísticas apontam um significativo aumento do consumo do álcool ao longo dos últimos anos. O uso na vida de álcool, em 2001, foi de 68,7 contra 74,6% em 2005 (BRASIL, 2005). Segundo o Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o quantitativo de pessoas na população brasileira, dependentes de bebidas alcoólicas, é de 5.799.005 pessoas, o que equivale a 12,3% da população nas faixas etárias de 12 a 65 anos (BRASIL, 2005).

No Nordeste brasileiro, em 2005, cerca de 66,8% da população já consumiu álcool, sendo a prevalência de dependência equivalente a 13,8%. Apesar de apresentar uma queda na taxa de dependência quando comparada a 2001 (16,9%), a região possui o maior valor quando comparado a outras regiões (BRASIL, 2005).

Diante deste panorama, evidencia-se que esse problema de saúde pública não pode ser negligenciado

pelos profissionais de saúde. A grande maioria dos casos causa desestruturação do indivíduo e da família e denota altos custos à sociedade, o que demonstra a necessidade de políticas públicas nesse âmbito (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Assim sendo, torna-se imperativa a estruturação e o fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Além disso, deve-se ressaltar que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, os quais sejam devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada da redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Neste sentido, entende-se que uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação em saúde voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intrasetoriais possíveis aos programas do Ministério da Saúde (MS), incluindo outros Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial. Para tanto, decisão política, compromisso com a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis.

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o MS apresenta as suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003).

Destarte, outros instrumentos vêm sendo utilizados no enfrentamento do consumo de álcool, a exemplo do plano emergencial de ampliação de tratamento

e prevenção ao consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009), tendo quatro eixos como linha de ação: ampliação do acesso ao tratamento; qualificação da atenção; articulação intra e intersetorial, sociedade civil e participação social e promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma, como também a criação dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III, destinados a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana (BRASIL, 2010).

Tais ações têm por finalidade ampliar o acesso e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas.

Tendo essa concepção da multifatorialidade que envolve o alcoolismo e de acordo com o que é preconizado pela Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), o tratamento do alcoolismo deve ser abrangente nas esferas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Dessa forma, o tratamento consiste na desintoxicação, reabilitação e prevenção de recaídas. Pode-se contar, ainda, com a redução de danos (BRASIL, 2004), ou seja, reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente aqueles relacionados à saúde, tomando como base as condições e possibilidades do usuário do SUS.

Uma ação política racional pode melhorar o nível dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que é vivenciado por uma sociedade, evitando que assista-se, de forma passiva, ao fluxo e refluxo de tal problemática. Portanto, considera-se que nada assume um caráter inevitável, mediante uma rápida comparação com o sofrimento global trazido por este consumo. Se em alguns países impera a total ausência de qualquer iniciativa da saúde pública que tenha este propósito, é possível notar que, em outros, tal resposta assume um caráter diversificado, enérgico, meramente retórico e, por vezes, confuso. Vale a pena assinalar que, no vácuo de propostas concretas e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para

este segmento, surgiram no Brasil diversas 'alternativas de atenção' de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a abstinência.

Desse modo, uma política nacional de atenção à saúde, de forma relacionada ao consumo de álcool, implica na implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do MS, o qual contempla a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e seus familiares. A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2001).

As diretrizes para uma política ministerial específica à atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo MS; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei 10.216 (BRASIL, 2002) da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Assim sendo, a lei 10.216 (BRASIL, 2002) também é um instrumento legal/normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual também encontra-se em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde (OMS). A lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se for aplicada com eficácia (DELGADO, 2002).

No contexto das diversas vertentes de tratamento que devem ser desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar, destaca-se o papel da assistência integral pilar do ato de cuidar. No que refere-se à assistência sistematizada a dependentes, ocorre uma atuação integralizante do profissional frente ao usuário, pois permite uma abordagem personalizada e integral ao paciente, envolvendo assistências física, psíquica e social (SIQUEIRA; GARCIA; SOUZA, 2005).

Miranda *et al.* (2006) afirmam que os princípios básicos para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas não se diferenciam das demais formas de cuidado, mas requerem a necessidade de promover a aliança

terapêutica por meio de um ambiente acolhedor e uma relação de empatia, a qual seja pautada no relacionamento interpessoal.

Por sua vez, Monteiro (2009), para a prevenção e trabalho comunitário em saúde mental ao consumo de álcool, destaca as intervenções breves como importantes estratégias, especialmente na atenção primária de saúde, apresentando relevantes resultados, que são centrados na redução do consumo de álcool a níveis que sejam menos perigosos, no compromisso do usuário e na identificação dos riscos e tratamento das consequências do álcool.

Baseado nos dados atuais, os quais classificam o município de Vitória de Santo Antão, no Pernambuco, e as cidades circunvizinhas como cidades com índices elevados de consumo de bebida alcoólica e que ocupam posição de destaque quanto à violência, identificou-se a necessidade da implementação de ações que possibilitem minimizar esta realidade, visando ainda o alerta à população de que o consumo exacerbado de bebidas alcoólicas pode interferir em diversos âmbitos, especialmente na saúde e na qualidade de vida.

Ressalta-se que o município apresenta importantes lacunas na rede de serviços de saúde mental, mormente quanto ao uso do álcool e de drogas, inexistindo serviços de caráter substitutivos como CAPS, centros de convivência e cultura, consultórios de rua, casas de acolhimento transitório (CAT) e ambulatórios integrados de saúde mental.

Neste contexto, docentes e discentes do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/ UFPE) desenvolvem ações extensionistas junto aos pacientes de um hospital filantrópico, referência para o tratamento de usuários com alcoolismo crônico, na sua maioria de sexo masculino, com idade entre 20 e 65 anos, oriundos de Vitória de Santo Antão e cidades circunvizinhas, além da capital do Estado de Pernambuco.

As atividades desenvolvidas no projeto estão pautadas na educação popular em saúde, sendo realizadas pelo diagnóstico situacional, procurando identificar o perfil sociodemográfico, o nível de dependência alcoólica e as alterações biopsicossociais geradas pelo alcoolismo; ações educativas coletivas, bem como o atendimento sistematizado individual, visando a prevenção, o tratamento e a reabilitação psicossocial dos usuários.

Entende-se por reabilitação psicossocial o processo pelo qual facilita-se ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de suas funções na comunidade (PITTA, 1996). A reabilitação não se restringe, então, apenas a adquirir saúde, mas, acima de tudo, cidadania e autonomia nas suas atividades. Neste sentido, pode-se dizer que essa é uma atitude ética, pois o cuidar precisa ser fortalecido para se impedir que comportamentos de não-cuidar possam prevalecer, especialmente na atenção a saúde dos alcoolistas.

Contextualizando o cenário da práxis

As ações são desenvolvidas em um hospital filantrópico conveniado ao SUS, localizado na cidade da Vitória de Santo Antão, zona da mata Pernambucana a 51 km da capital Recife. Tem como principais atividades econômicas e agroindustriais, com grande potencialidade de desenvolvimento, o cultivo da cana-de-açúcar e a criação de gado Nelore, além da fabricação de aguardente. Encontra-se em expansão o distrito industrial, que já conta com algumas indústrias nacionais e multinacionais.

Com relação à rede de saúde, o município da Vitória de Santo Antão possui uma rede composta por 26 unidades básicas de saúde atuando na Estratégia de Saúde da Família (ESF), 2 unidades de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) rurais, 2 unidades de telessaúde (REDENUTES), 3 equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).

A rede possui ainda cinco centros de serviços especializados: Laboratório Municipal, Centro de Saúde da Vitória – que conta com especialidades médicas, Psicologia, Fonoaudiologia e Nutrição – Centro de Saúde da Mulher, Centro de Fisioterapia, Policlínica da Criança, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Psicologia, Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV/AIDS e, ainda, um Hospital Regional Estadual, o Hospital João Murilo de Oliveira. A rede complementar conveniada ao SUS é formada por um hospital filantrópico, três hospitais privados e cinco laboratórios particulares.

O hospital, lócus das ações do projeto de extensão, atende a diversas especialidades como Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, atendimento

ambulatorial e desenvolve um programa de ações terapêuticas para portadores da Síndrome de Dependência do Álcool, possuindo para o serviço, oito enfermarias perfazendo 40 leitos, dispoendo de uma equipe multidisciplinar com terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, assistente social, além do médico e da equipe de Enfermagem, os quais desenvolvem atividades específicas em suas áreas e interdisciplinares em grupo (oficinas, atividades recreativas, esportivas e de lazer).

O tempo de permanência é variável, dependendo do quadro clínico do paciente, sendo em média 30 dias, podendo estender até 90 dias. Após a alta hospitalar, o paciente é encaminhado para continuidade do tratamento em nível ambulatorial na rede pública, sendo os residentes de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, encaminhados para o ambulatório do próprio hospital.

Interlocução entre as ações terapêuticas e reabilitação psicossocial

As atividades do projeto de extensão, 'Assistência Interdisciplinar a Alcoolistas: um resgate à sociedade', realizadas por docentes e discentes do Centro Acadêmico de Vitória, vêm sendo desenvolvidas desde o segundo semestre de 2009, semanalmente, enfocando ações coletivas de educação em saúde e ações de assistência sistematizada individual. Além das atividades em campo, a equipe se reúne para discussão e aprofundamento teórico, estudos de casos, planejamento e avaliação das ações.

Inicialmente, realizou-se um diagnóstico situacional, procurando identificar o perfil sociodemográfico, utilizando-se um roteiro semiestruturado, no qual identificou-se que os usuários atendidos pelo projeto são, em sua maioria, do sexo masculino, adultos jovens, divorciados, desempregados, com Ensino Fundamental incompleto, renda familiar entre um a três salários mínimos, déficit nas atividades de lazer e reabilitação psicossocial, história de internações anteriores, comprometimento físico e cognitivo, apresentando fragilidade nos vínculos afetivos, evidenciando-se os danos causados pelo álcool aos usuários do serviço.

Diante deste quadro inicial, foram utilizadas variadas estratégias para atender aos objetivos propostos pelo projeto, a saber: oficinas, palestras, grupo de verbalização

e grupo de observação (GVGO), além de atividades manuais que estimulam a memória, cognição, capacidade motora e socialização. Os temas abordados nas ações educativas foram voltados para as necessidades da clientela, seguindo sugestões dos próprios usuários.

As ações educativas estão pautadas no diálogo aberto entre a equipe e os clientes. O diálogo é um instrumento básico fundamental que permite refletir sobre a realidade e reconstruí-la. Freire (1987, p. 83) afirma que 'somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também, de gerá-lo' e que sem o diálogo 'não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação'.

Deve-se resgatar e utilizar os momentos de atividades como uma ocasião de libertação e não de dominação, para que o mesmo se torne eficaz, isto é, o ato educativo seja capaz de levar educadores e educandos a desenvolver uma crítica reflexiva, a organizar um saber capaz de superar a crítica ingênua e chegar à razão da realidade vivenciada por meio de sua problematização.

Freire (1987), ao descrever sobre a seleção dos recursos didáticos necessária ao desenvolvimento do processo educativo, afirma que esta depende não apenas do conteúdo a ser abordado, mas também dos indivíduos a quem se dirige. Neste sentido, as dramatizações são recursos de grande valia, que funcionam como situações problematizadoras, uma vez que, após a apresentação destas, segue-se a discussão sobre o seu conteúdo, favorecendo uma maior aproximação do educando com a realidade sobre a qual ele está inserido. Deste modo, é construída e fortalecida a capacidade crítica do cliente, visto que ele é estimulado a refletir e agir e novamente refletir sobre aquela ação, ao invés de receber um conteúdo 'pronto' ou 'depositado'.

Os temas sugeridos pelos usuários versaram sobre: as consequências biopsicossociais do consumo de álcool para usuário; o processo de dependência química; a construção do conceito de saúde mental com os clientes atendidos e seus familiares; as intervenções familiares no processo de reabilitação do paciente alcoolista; o álcool e suas repercussões no trabalho; as doenças sexualmente transmissíveis e a higiene corporal.

Respaldados pelo referencial metodológico da Pedagogia problematizadora e pela concepção de reabilitação psicossocial, propõem-se ações que visam garantir a autonomia do sujeito, que se torna ator na sua recuperação

e inserção social. Apesar de o projeto se desenvolver em uma instituição hospitalar, há a preocupação em resgatar a autoestima, conferindo a esses usuários um poder contratual que lhes foi retirado em virtude do consumo nocivo do álcool.

Prosseguindo, busca-se uma práxis que objetiva reduzir os problemas relacionados ao álcool, reconhecendo-se, como apresenta Monteiro (2009), que para se reduzir eficazmente esses problemas, é necessário contar com uma estratégia integral de políticas públicas com várias intervenções a nível nacional, regional e local e que se apoiem mutuamente.

Um enfoque integral permite detectar e tratar os problemas com a bebida, organizando serviços efetivos mediante um processo contínuo que se inicia na atenção primária, no qual a maioria dos casos pode ser tratada.

O trabalho aqui relatado conta com o apoio do grupo dos alcoólicos anônimos (AA), grupo de autoajuda que tem por finalidade o apoio e a partilha de experiências. Assim, busca-se um diálogo com os equipamentos comunitários que podem auxiliar no cuidado em saúde mental, especialmente na reabilitação psicossocial do dependente de álcool.

Para o desenvolvimento das ações individuais, foram identificadas as necessidades biopsicossociais, avaliando-se cada usuário, na perspectiva de identificar fatores de risco e agravos à saúde, promovendo, portanto, um cuidado integral.

Na abordagem individual, os acadêmicos realizam entrevista e exame físico dos usuários, bem como a análise do prontuário, coletando dados acerca do seu processo saúde-doença. Com base nos dados coletados, são identificadas as necessidades biopsicossociais que mais afetam os indivíduos, a saber: nutrição desequilibrada para menos que as necessidades corporais, dentição prejudicada, desequilíbrio no volume de líquidos, integridade da pele/tissular prejudicada, sono prejudicado, percepção sensorial alterada, comunicação prejudicada, déficit no autocuidado, ansiedade, processo familiar alterado, isolamento social, impotência, manutenção ineficaz da saúde, conhecimento deficiente, dentre outros.

A partir da identificação das necessidades, são traçadas metas a serem alcançadas e é realizado o plano de cuidados individualizado para cada paciente, contendo intervenções de eficácia comprovada na literatura, adequando-as à realidade do serviço. Algumas ações planejadas são

executadas pelos próprios discentes, principalmente aquelas de orientação e suporte, estimulando o autocuidado, a autonomia e a reinserção social dos usuários.

Busca-se, desta forma, fomentar a estruturação de uma rede de serviços substitutivas para atender às demandas dos usuários de álcool e outras drogas no município da Vitória de Santo Antão.

O diálogo de saberes entre os usuários, a comunidade acadêmica e os profissionais do serviço conduz a uma reflexão cotidiana da prática dos cuidados em saúde frente às demandas dos alcoolistas.

O relato dos usuários evidencia que a proposta do projeto de extensão atende a antigos anseios por um tratamento livre de preconceitos, co-construído, cuja responsabilidade é compartilhada entre os atores envolvidos no processo de cuidar, quando evidenciam o espaço para a fala durante os encontros sobre a família, o trabalho e as consequências do álcool, como também, o acolhimento recebido.

A escolha das estratégias ocorre por entender que estas melhor possibilitam a reabilitação psicossocial dos usuários, não se restringindo à capacitação ou habilitação de incapacitados.

Nas conversas, são suscitadas as estratégias de enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano num movimento resiliente, uma vez que:

as crises, sofrimentos e vitórias de cada um, expostas no grupo, são utilizados como matéria-prima em um trabalho de criação gradual de consciência social para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano. (BARRETO, 2005, p. 25).

Reconhece-se que as ações apresentam algumas fragilidades, como a complexidade do alcoolismo, a percepção do usuário sobre a sua doença, muitas vezes não a reconhecendo como tal, a ausência de uma rede de suporte social que forneça apoio aos usuários na alta hospitalar, bem como aos familiares, o lidar com o subjetivo e com as demandas advindas dos alcoolistas.

Entretanto, ressalta-se que as potencialidades superam as fragilidades num trabalho articulado, pautado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas de prevenção, tratamento e reabilitação do *crack*, álcool e outras drogas.

Considerações finais

Na busca da integração entre o saber produzido no Ensino Superior e seu retorno à comunidade, emergiu a necessidade de realizar ações voltadas ao contexto do resgate do paciente alcoolista institucionalizado à sociedade, por meio de ações de educação em saúde, visando à prevenção, ao tratamento, à reabilitação e à reinserção social, contribuindo para a construção de uma relação horizontal com a sociedade, permitindo, assim, a consolidação das políticas públicas de saúde.

Compreendendo o compromisso da universidade pública em formar profissionais críticos, reflexivos e comprometidos com o bem-estar da sociedade, esta experiência tem conduzido para a formação de uma visão humanística no tratamento dos usuários de álcool, desenvolvendo, no acadêmico, a cultura do planejamento, a organização, a participação e a avaliação das atividades educativas e terapêuticas a usuários de álcool atendidos em instituições, incentivo entre os estudantes ao trabalho interdisciplinar, bem como à produção acadêmica, criando espaço de discussão, estudo e pesquisa sobre o alcoolismo e suas consequências para seus usuários.

Destaca-se, ainda, a relevância das ações para a instituição por meio do intercâmbio entre docentes, acadêmicos e profissionais dos serviços, visando à ampliação dos conhecimentos sobre o alcoolismo, ocorrendo a integração das atividades acadêmicas com as atividades desenvolvidas pelos diversos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar.

No que concerne ao papel da universidade pública em trazer um retorno direto à sociedade, o projeto tem buscado incrementar a qualidade de vida dos usuários de álcool estimulando a autonomia e socialização, por meio da prática do autocuidado.

Verificou-se que, no contexto em que se insere o projeto de extensão, há uma rede de cuidados em saúde mental fragilizada, mas com perfil para seu incremento e melhor assistência aos usuários de álcool. Apesar das dificuldades enfrentadas, desenvolver ações que sejam norteadas pela emancipação do usuário e pelo incremento de sua autonomia são possíveis de serem realizadas, mesmo em um contexto árido de serviços. ■

Referências

- BARRETO, A. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: LCR, 2005.
- BRASIL. Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil*. São Paulo, 2005.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2001, p. 213.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010*. Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas - 24 horas - CAPS AD III. Brasília, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas: PEAD 2009-2011*. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em desenvolvimento*. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde/ MS, 2002.
- CARÍCIO, M.R. Estratégia Saúde da Família: proporcionando suporte familiar e social frente ao alcoolismo. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, n. 47, 2009.
- CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE CID-10 [Internet], 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20 out. 2010.
- DELGADO, P.G.O. SUS e a Lei 10.216: Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P. (Org). *Saúde Mental e Qualidade de Vida*. Rio de Janeiro: CUCA/UPUB, 2002.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GORGULHO, M.; DA ROSA, V. Alcohol and harm reduction in Brazil. *International Journal of Drug Policy*, n. 17, 2006, p. 350-357.
- LARANJEIRA, R.; PINSKY, E. *O alcoolismo*. São Paulo: Contexto, 1998.
- MARQUES, A.C.P.R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *IMESC*, n. 3, 2001, p. 73-86.
- MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do uso do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 26, supl. I, 2004, p. 7-10.
- MIRANDA, F.A.N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], v. 8, n. 2, 2006; p. 222-232. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm>. Acesso em: 1 nov. 2010.
- MONTEIRO, M. Cómo responder a los problemas relacionados com el consumo de alcohol em la comunidad. In: OPAS/OMS. *Salud mental en la comunidad*. 2. Ed. Washington: OPS, 2009.
- PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: _____, organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- SIQUEIRA, M.M.; GARCIA, M.T.; SOUZA, R.S. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 54, n. 2, 2005, p. 114-119.

Recebido para publicação em Novembro/2011
 Versão definitiva em Janeiro/2011
 Conflito de interesses: Inexistente
 Suporte financeiro: Não houve

Educação em saúde sobre tabagismo no hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes: dados preliminares

Smoking education in health in Cassiano Antônio Moraes university hospital: preliminary data

Lorena Albertasse¹, Mônica Nogueira Altoé², Marluce Miguel de Siqueira³

¹ Graduada em Enfermagem pela UFES.
loalbertasse@yahoo.com.br

² Graduada em Enfermagem pela UFES.
monicaltoe@yahoo.com.br

³ Pós-Doutorado na Universidade do Texas. Professora-associada I do Departamento de Enfermagem da UFES.
marluce.siqueira@uol.com.br

RESUMO O objetivo desta pesquisa é promover a criação do Hospital Livre do Tabaco, no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, por meio da implantação de fumódromos e ações educativas sobre tabagismo dirigidas a usuários e funcionários da instituição. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, que utilizou as etapas metodológicas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Este estudo apontou maior prevalência de fumantes entre usuários do sexo masculino e entre funcionários do sexo feminino, tendo a inserção dos profissionais de saúde nas diferentes ações para o controle do tabagismo como um dos maiores enfrentamentos do programa.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo; Fumódromo; Educação em Saúde.

ABSTRACT *The objective of this research is to promote the creation of the Tobacco Free Hospital at Cassiano Antonio de Moraes University Hospital through the implantation of smoke rooms, and educative actions about tobacco directed to users and employees of the institution. This is a descriptive and exploratory study, which used the methodological stages praised by the National Program of Tobacco Control. This study evidenced higher prevalence of smokers between users of the male gender and employees of the female one, and the insertion of health professionals in different actions to tobacco control becomes one of the biggest confrontation of the program.*

KEYWORDS: *Smoking; Smoke Room; Education in Health.*

Introdução

Os derivados do tabaco são consumidos desde tempos remotos, principalmente entre os indígenas, sendo que, ao longo das décadas, o comportamento de fumar foi se tornando familiar e o cigarro se tornou um objeto de desejo de milhões de pessoas (CLARET, 2001). O tabagismo faz com que os fumantes se exponham continuamente à cerca de 4.720 substâncias tóxicas, sendo um fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias (BRASIL, 2003).

Dados de pesquisas epidemiológicas realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), em 2006, apontam que a frequência de fumantes na população adulta em 27 capitais brasileiras é de 16,2%, sendo maior entre os homens (20,3%) do que entre as mulheres (12,8%). Em ambos os sexos, a frequência dos fumantes tende a aumentar com o tempo até os 54 anos de idade, decrescendo a partir da mesma (BRASIL, 2007). De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis, que foi realizado em 2002 e 2003, no Brasil, 1/3 da população adulta é fumante (27,9 milhões de pessoas), sendo 60% do sexo masculino e 40%, do feminino. Entre as regiões brasileiras, o Sudeste ocupa o primeiro lugar no *ranking* do tabagismo, com 42% de seus habitantes fumantes (BRASIL, 2004).

Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Estilos de Vida, realizada pelo MS no Brasil, em 1988 (BRASIL, 1989), 78% dos fumantes existentes gostariam de deixar de fumar, no entanto, eles não conseguiam, fato este que contribui para aumentar, a cada dia, a demanda por ações de apoio à cessação do ato de fumar (BRASIL, 2001).

A partir da década de 1970, tornaram-se mais evidentes as manifestações e intervenções públicas para controle do tabagismo no Brasil. Em 1985, o MS lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), visando à prevenção de doenças na população, com o desenvolvimento de ações que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco no país (BRASIL, 2001).

Uma das principais metas dentro do PNCT é implantar o Programa Hospital Livre do Tabaco, apoiado na Lei Federal nº 9.294, de 16 de julho de 1996, e na

Portaria GM/nº 300, de 9 de fevereiro de 2006, o qual busca estimular mudanças culturais na aceitação social do livre consumo de tabaco com o desenvolvimento de atividades educativas, as quais devem ser inseridas juntamente com a normatização e sinalização da restrição ao consumo de tabaco na instituição em áreas destinadas exclusivamente para este fim, denominadas de fumódromos (BRASIL, 1996a; 2003).

As ações educativas, propostas pelo MS, têm como ponto de partida a disseminação do conhecimento científico sobre câncer e tabagismo e as possibilidades para sua prevenção, numa abordagem comportamental. Podem ser de caráter pontual, como as campanhas de conscientização e divulgação de informações pela mídia, e continuadas, que são essenciais para transformar as informações disseminadas em mudanças favoráveis a uma vida mais saudável (BRASIL, 2003; 2008).

Espera-se, assim, que a qualidade dos serviços prestados possa melhorar e possibilitar a efetividade da inserção das ações de saúde mental na atenção básica de saúde. Face ao exposto, foi estabelecido como objetivo, promover a criação do Hospital Livre de Tabaco, no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), e analisar o perfil dos usuários e funcionários do setor ambulatorial do HUCAM, os quais foram submetidos à educação em saúde sobre tabagismo.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, realizado nos ambulatórios do HUCAM, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O estudo foi realizado observando-se a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996b), de pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFES (nº CEP-006/08).

A pesquisa englobou os seis ambulatórios da instituição, que são: Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica I, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Clínica Médica II e Ortopedia. A população do estudo foi constituída de usuários e funcionários dos ambulatórios do HUCAM, sendo desenvolvida no período de agosto de 2007 a janeiro de 2008. Os usuários foram abordados enquanto aguardavam as consultas e os funcionários foram

convocados pelo enfermeiro responsável pelo ambulatório, para uma reunião educativa sobre tabagismo.

Para implantação do Programa Hospital Livre do Tabaco, é necessária a realização de uma série de ações preconizadas pelo PNCT, no qual a educação da população-alvo deve ser realizada pela Intervenção Educativa e Promoção da Temática e, ainda, deve preceder a etapa de implantação dos fumódromos (BRASIL, 2008).

Para a implantação dos fumódromos, criou-se uma Portaria Interna para normatização do Hospital Livre do Tabaco no HUCAM-UFES. Após a normatização, os fumódromos foram inaugurados seguindo as fases estabelecidas para divulgação do dia 'D', ou seja, o dia da inauguração dos fumódromos, e adotando a metodologia básica estabelecida pelo Instituto Nacional de Combate ao Câncer (BRASIL, 2006).

As ações contínuas foram organizadas sob a forma de palestras educativas, com duração média de 30 minutos em média cada uma. Para realizá-las, foi elaborado um material educativo, 'Álbum Seriado: Orientações sobre Tabaco', criado a partir da pesquisa bibliográfica em materiais educativos do MS e do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Nesse material, foram abordados aspectos sobre o conceito, a epidemiologia e os impactos do tabagismo na saúde. Após cada palestra, também foi distribuído aos fumantes o folheto informativo do MS, intitulado 'Existe maneira mais fácil de se proteger do cigarro'.

As ações de caráter pontual têm como objetivo promover a temática na instituição por meio de campanhas, panfletagem e inserção do tema em eventos científicos internos (BRASIL, 2008). Para atender este objetivo do PNCT, foi distribuído o folheto informativo 'Fumar não combina com a qualidade de vida', como também, foram afixados cartazes 'Ambiente Livre do fumo é por conta da casa' e 'Existe maneira mais fácil de se proteger do cigarro' no Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), no Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e no Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro). Foram também afixados os cartazes 'Ambiente Livre do fumo é por conta da casa' e 'Existe maneira mais fácil de se proteger do cigarro', no HUCAM. Houve a inserção da temática antitabagística em dois eventos científicos internos, IV e V Ciclo de Debates em junho de 2007 e dezembro de 2007, organizados pelo Núcleo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (NEAD) da UFES.

Os resultados parciais obtidos com a implantação do Programa Unidade de Saúde Livre do Tabaco no HUCAM foram analisados de forma quali-quantitativa, considerando-se como indicadores as intervenções educativas (contínuas) e de promoção da temática (pontuais).

Resultados

Para a sinalização da instituição como livre do tabaco, foi inaugurado o fumódromo no HUCAM em dezembro de 2007, sendo utilizadas para a implantação do mesmo, as etapas preconizadas pelo PNCT (BRASIL, 2006).

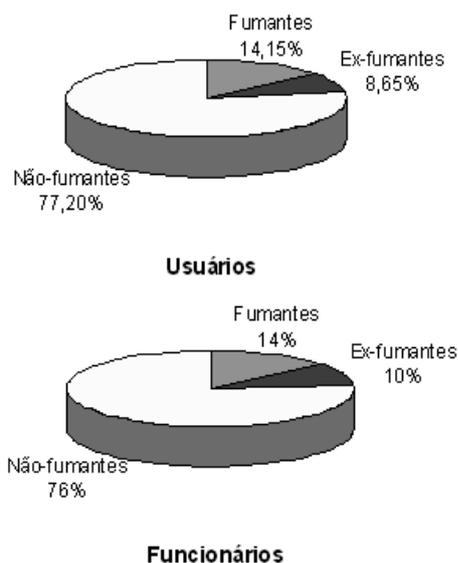
Com relação à intervenção educativa dirigida a usuários do HUCAM, foram realizadas seis palestras educativas para usuários dos ambulatórios do HUCAM. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos pacientes submetidos à intervenção educativa, sendo atingido 127 sujeitos, com prevalência de 77,2% de não-fumantes; 14,15%, fumantes e 8,65%, ex-fumantes. No ambulatório de Clínica Médica I, atingiu-se o maior número de pacientes por meio da ação educativa (22,8%), enquanto no ambulatório de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, o menor número de pacientes (12,6%).

A maior prevalência de fumantes ocorreu entre pacientes masculinos (61,2%), que utilizavam os serviços prestados pelos ambulatórios de Ginecologia e Clínica Médica I. Com relação aos não-fumantes, 51% eram do sexo feminino, os quais utilizavam os serviços dos ambulatórios de Pediatria e Ortopedia.

Com relação à intervenção educativa dirigida a funcionários do HUCAM, foram também realizadas seis palestras educativas aos funcionários nos referidos ambulatórios. Na Tabela 2, é possível notar a distribuição dos funcionários submetidos à intervenção educativa sobre tabagismo, sendo atingido um total de 50 sujeitos, com prevalência de não-fumantes (76%) sobre fumantes (14%) e ex-fumantes (10%). O ambulatório que contou com o maior número de funcionários participando da intervenção, foi o de Clínica Médica II (24%), enquanto que o ambulatório de Ortopedia teve o menor número (8%). A maior prevalência de fumantes ocorreu nos funcionários do sexo feminino (85,7%), que prestavam serviços nos ambulatórios de Clínica Médica I e II.

O Gráfico 1, apresenta a prevalência de tabagismo entre usuários e funcionários do HUCAM, no qual é possível notar uma semelhança entre os percentuais

Gráfico 1. Prevalência de tabagismo entre usuários e funcionários do HUCAM.



encontrados entre os sujeitos fumantes (14,15 e 14%), não-fumantes (77,2 e 76%) e ex-fumantes (8,65 e 10%) estudados no âmbito ambulatorial.

Com relação à promoção da temática tabagismo no HUCAM por meio de ações pontuais, foram distribuídos 127 folhetos informativos sobre tabagismo, tanto após as 12 palestras (usuários e funcionários) quanto nas três campanhas educativas realizadas em maio, agosto e novembro de 2007, e inserção da temática em dois eventos científicos, que correspondem ao IV e V Ciclo de Debates. Foram também afixados 60 cartazes nos seis setores ambulatoriais, no Centro de Ciências da Saúde e no Departamento de Enfermagem.

Discussão

Inicialmente, vale ressaltar que as ações educativas estimulam a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, a partir do momento em que os pacientes fumantes, ex-fumantes ou não-fumantes têm acesso a informações epidemiológicas sobre o tabagismo e às

Tabela 1. Distribuição dos pacientes submetidos à intervenção educativa sobre tabagismo

Ambulatórios	Fumantes		Ex- fumantes		Não-fumantes		Total
	F	M	F	M	F	M	
1	1	2	1	1	10	6	21
2	2	3	0	0	8	7	20
3	1	3	1	3	9	12	29
4	2	0	0	1	7	6	16
5	1	2	2	0	6	9	20
6	0	1	0	2	10	8	21
Total (%)	7 (5,5%)	11 (8,65%)	4 (3,15%)	7 (5,5%)	50 (39,4%)	48 (37,8%)	127 (100%)

F: feminino; M: masculino.

Tabela 2. Distribuição dos funcionários submetidos à intervenção educativa sobre tabagismo

Ambulatórios	Fumantes		Ex- fumantes		Não-fumantes		Total
	F	M	F	M	F	M	
1	1	0	0	0	6	0	7
2	0	0	1	0	8	0	9
3	2	0	0	0	7	1	10
4	0	0	1	0	7	0	8
5	2	1	2	0	7	0	12
6	1	0	0	1	2	0	4
Total (%)	6 (12%)	1 (2%)	4 (8%)	1 (2%)	37 (74%)	1 (2%)	50 (100%)

F: feminino; M: masculino.

doenças a ele relacionadas (BRASIL, 2003). De acordo com o levantamento de Jha *et al.*, as pesquisas sobre causas, consequências e custos do uso do tabaco, em países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), fizeram com que as pessoas ficassem mais conscientes sobre os riscos causados pelo tabagismo e sobre os impactos para a saúde, contribuindo para a criação de um ambiente favorável à implementação de políticas destinadas ao seu controle e redução do tabagismo (BANCO MUNDIAL, 2007).

Durante a realização das palestras educativas para os funcionários, observou-se um baixo interesse dos mesmos no que refere-se à adesão ao programa. De acordo com Cavalcante *et al.* (2005), importantes fatores têm sido identificados como causa desta situação, dentre eles, o incipiente reconhecimento do tabagismo como doença entre profissionais de saúde e a pouca valorização do seu tratamento nas rotinas de assistência à saúde, assim como a falta de conhecimento destes sobre métodos eficazes para a cessação de fumar e a falta de motivação para assumir essa tarefa.

As pesquisas epidemiológicas realizadas no Brasil apontam uma prevalência do tabagismo maior entre homens, no entanto com mundial tendência de diminuição da prevalência de fumantes em ambos os sexos, porém mais lenta no sexo feminino, o que faz com que, nesta década, em muitos dos trabalhos de prevalência de tabagismo, os números encontrados sejam iguais entre homens e mulheres (RIBEIRO *et al.*, 1999). Nesta pesquisa, pela análise dos dados da Tabela 1, o número de fumantes foi maior entre usuários do sexo masculino submetidos à intervenção educativa, o que corrobora com os achados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis (BRASIL, 2004), em 2003, que aponta aproximadamente 23% de fumantes entre homens e 15% entre mulheres; e na pesquisa realizado pelo MS em 2006, na qual 20,3% dos homens eram fumantes e 12,8% das mulheres eram fumantes (BRASIL, 2007).

Se for considerada a proporção entre fumantes, na amostra de usuários, de acordo com sexo, tem-se aproximadamente 60% de fumantes do sexo masculino e 40% do feminino, o que novamente demonstra uma paridade

com os achados do Inquérito Domiciliar (BRASIL, 2004). O fato de o ambulatório da Clínica Médica I ter sido o de maior número de usuários pode ser explicado pela alta rotatividade de pessoas no mesmo, visto que esse atende a uma grande quantidade de especialidades clínicas, como diabetes, gastroenterologista, hematologia, nefrologia, entre outras. Verificou-se também que a prevalência de ex-fumantes encontrada foi maior no sexo masculino do que no feminino entre os usuários.

O índice de cessação do tabagismo, que é a relação entre os ex-fumantes sobre a soma de fumantes mais ex-fumantes, foi de 37,93% entre os usuários e 41,6% entre os funcionários. Nas 16 capitais brasileiras estudadas pelo Inquérito Domiciliar (BRASIL, 2004), o índice de cessação de fumar variou de 44,0% (em João Pessoa) a 58,3% (em Campo Grande); não pôde ser observado um padrão específico entre as regiões do país, verificando-se que este índice é mais elevado no grupo com maior escolaridade, com exceção das cidades de Manaus e São Paulo (BRASIL, 2004).

A prevalência do tabagismo entre os funcionários é maior no sexo feminino, mas deve ser levado em conta o fato de que 85,7% da amostra de funcionários fumantes foi composta por mulheres. Os dados referentes à ex-fumantes e a não-fumantes também se modificaram devido à amostra ser composta predominantemente por mulheres.

Ao se comparar a prevalência de fumantes, ex-fumantes e não-fumantes entre usuários e funcionários no setor ambulatorial do HUCAM, observa-se que os resultados entre ambas as amostras são semelhantes, com aproximadamente 14% de fumantes, 9,32% de ex-fumantes e 76,6% de não-fumantes, assim como com os resultados da pesquisa do MS, realizada em 2006, na qual a prevalência de fumantes foi de 16,2%; ex-fumantes, 22,3% e não-fumantes, 61,5%, no conjunto da população adulta em 27 cidades brasileiras (BRASIL, 2007).

Quanto à implantação do Hospital Livre do Tabaco, a realização dessas atividades culminou com a elaboração e divulgação de uma Portaria Interna do HUCAM, que proíbe o consumo de derivados do Tabaco na Instituição. Como metas futuras, o HUCAM pretende credenciar-se ao INCA para iniciar um Programa de Atenção e Atendimento aos usuários e funcionários tabagistas.

Conclusões

Qualquer instituição de saúde coerente com o seu papel de restaurar e preservar a saúde deve buscar eliminar o tabagismo de suas dependências e domínios, visando atingir o processo de cessação de fumar e a preservação da saúde de fumantes e não-fumantes (BRASIL, 2006).

O estabelecimento de ações preventivas, dentro e fora das instituições de saúde, e as pesquisas sistemáticas possibilitam um maior conhecimento sobre as atuais tendências do tabagismo, propiciam um melhor

direcionamento das políticas de saúde, e, conseqüentemente, a inserção efetiva do apoio à cessação de fumar na rotina de atendimento à população (CAVALCANTE *et al.*, 2005).

Neste contexto, um dos grandes desafios enfrentados se refere ao envolvimento de profissionais de saúde nessas diferentes frentes de ação para o controle do tabagismo. Uma das grandes áreas para controle do tabagismo, para a qual espera-se maior envolvimento desses profissionais, relaciona-se ao braço cessação de fumar do PNCT (CAVALCANTE, 2005). ■

Referências

BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento. Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, Região da América Latina e do Caribe. *Documento de Discussão: Controle do Tabagismo no Brasil*. Washington, DC: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer*: Educação, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 03 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Vigil Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Programa Estadual de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer: Programa Unidades de Saúde Livres de Cigarro*. INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Prevalência do tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer: Módulo Lógico e Avaliação*. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Legislação Federal sobre Tabaco no Brasil*. INCA, 1996a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=leisfederais.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996b. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. *Diário Oficial da União*, 16 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde e nutrição do IBGE*. Rio de Janeiro, 1989.

CAVALCANTE, T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista Psiquiatria Clínica*, Rio de Janeiro, v.32, n.5, 2005. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n5/283.html>>. Acesso em: 21 mai. 2008.

CAVALCANTE, T. *et al.* *O tabagismo, suas diferentes faces e determinantes sociais: nível individual e coletivo – 2005*. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/redeunida/oficinas/OFICINA%2040%20-%20Com%20Logo%5B1%5D.doc>>. Acesso em: 21 mai. 2008.

CLARET, M. *O que você deve saber sobre tabagismo*. São Paulo: Afiliada; 2001.

RIBEIRO, S.A. *et al.* Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 3/4 dados preliminares de um programa institucional. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 45, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mai. 2008.

Recebido para publicação em Agosto/2008

Versão definitiva em Julho/2010

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq

Concepções de adolescentes do sexo masculino acerca da gravidez na adolescência

Male adolescents' conceptions about pregnancy during adolescence

Karla Maria Duarte Silva¹, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias², Wilma Dias de Fontes³

¹ Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
karladuartesilva@bol.com.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Professora Adjunto IV da Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus Cajazeiras.
carmofarias@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem pela UFC.
wilmadias@ccs.ufpb.br

RESUMO O estudo objetivou conhecer a opinião de adolescentes do sexo masculino, estudantes do ensino médio de uma escola pública, acerca da ocorrência da gravidez na adolescência. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com sete adolescentes. Constatou-se que a ocorrência da gravidez precoce revela vantagens quanto à maturação individual e desvantagens quanto às mudanças na vida social e na qualificação para o trabalho. Conclui-se que há um *déficit* de educação sexual entre adolescentes, tornando-os mais vulneráveis à gestação não planejada, revelando-se a necessidade de corresponsabilidade da família, escola e serviços de saúde junto aos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Sexualidade; Gravidez na adolescência; Paternidade.

ABSTRACT *This research aimed at getting to know the opinion of male adolescents of a public high school about pregnancy during the adolescence. This is a descriptive and exploratory study with qualitative approach that was carried out with seven teenagers. It was found that the incidence of early teenage pregnancy has advantages relating to individual maturation and disadvantages regarding the changes in social life and in qualification for work. We conclude that there is a deficit of sex education among adolescents, making them more vulnerable to unplanned pregnancy, which reveals the need for shared responsibility between families, school and health services in relation to adolescents.*

KEYWORDS: *Adolescence; Sexuality; Pregnancy in adolescence; Paternity.*

Introdução

A adolescência é uma fase de transição que não apresenta limites precisos, vivenciada entre a infância e a idade adulta, sendo definitiva para a formação da personalidade do indivíduo. Constitui-se em um período de descobertas e de novas experiências, caracterizado pela necessidade de integração social, pela busca da autoafirmação e da definição da identidade sexual. É nesta fase que se acentuam as descobertas do corpo, sendo o desenvolvimento da sexualidade um importante componente que integra o crescimento do indivíduo em direção a sua identidade adulta. Ao falar de sexualidade,

[...] não se deve fazer referência apenas ao ato sexual, mas ao conjunto de fantasias e idéias que cada um constrói sobre si e para si, em função daquilo que supõe levar ao gozo (TOMITA; FERRARI, 2007, p. 40).

Este período de descobertas singulares e de intensificação da sexualidade representa uma fase de riscos e demandas de atenção para o adolescente, exigindo, assim, cuidados especiais, particularmente dos profissionais da educação e saúde. Neste sentido, destaca-se a possibilidade de ocorrência da gravidez precoce, que traz, muitas vezes, situações de crises e indefinições.

O tema 'gravidez na adolescência' é referido por alguns segmentos sociais como um problema de saúde pública, inserido em um quadro de riscos, demandando tomada de ações efetivas. É um fenômeno bastante explorado, e muitos estudos sugerem que este é geralmente não planejado, ocorrendo, pois, como resultado da iniciação sexual precoce, inserido em um contexto de desvantagens socioeconômicas e educativas, constituindo, assim, um dano que poderá envolver todos os aspectos da vida do adolescente. Segundo Belo e Silva (2004), as consequências de se tornar pai precocemente centram-se na perda da liberdade, adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos, limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho, entre outros.

A paternidade é uma temática que vem emergindo e inquietando estudiosos a realizarem investigações sobre esse fenômeno, uma vez que a grande maioria

dos pesquisadores direciona o olhar à maternidade. Esse fato pode ser evidenciado na produção acadêmica sobre a paternidade, a qual é escassa, quase 'invisível', quando comparada à maternidade.

Paradoxalmente, esse grupo encontra-se à margem de uma atenção adequada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista o desencontro entre a efetividade das ações educativas e os elevados índices de gravidez neste período de vida. Neste sentido, destaca-se a importância das ações de educação e saúde não apenas voltadas para adolescentes do gênero feminino, uma vez que se trata de um fenômeno heterossexual que deve ser compreendido em sua amplitude e na singularidade dos sujeitos envolvidos. De um modo geral, a atenção aos adolescentes, principalmente do gênero masculino, centra-se apenas na distribuição esporádica de preservativos masculinos por Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contemporaneamente, tem-se verificado a disponibilização desses preservativos nas escolas sem uma abordagem crítica de sua utilização. Pode-se afirmar, conforme Borges e Schor (2007), que tal abordagem não considera, com propriedade, as questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

É oportuno destacar que a construção do conceito de saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos ocorreu historicamente voltada para o contexto da saúde da mulher nos seus aspectos mais reducionistas. No decorrer do processo, esses aspectos foram tornando-se mais abrangentes, como resultado da discussão reforçada, o que foi encampado pelo movimento de mulheres, sendo aos poucos ampliados para a visão holística, e a discussão direcionada para os ciclos de vida, com base na integralidade, qualidade e humanização e pautada nos direitos sexuais e reprodutivos (LUCENA *et al.*, 2010).

As conferências do Cairo (1994) e Pequim (1995) revelam que a saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer. Inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não o simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2007).

Diante do cenário atual de discussão acerca dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, garantidos como

Direitos Humanos, exige-se uma mudança paradigmática com relação ao exercício da sexualidade de modo responsável e sob a perspectiva do empoderamento dos adolescentes, aqui em destaque os do gênero masculino. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) ancora-se nesta abordagem e reconhece os adolescentes e jovens masculinos como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos.

Conforme tal política, a paternidade não deve ser vista apenas do ponto da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem em participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, até o acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2008).

Concorda-se com Soares *et al.* (2008) ao revelar que, para muitos adolescentes, a gravidez pode significar realização e felicidade, fruto de um momento de prazer. Para tanto, os serviços de saúde devem assegurar de modo irrestrito todas as orientações neste contexto, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável.

Promover um ambiente saudável é compreender o adolescente como sujeito no seu ambiente físico, social, econômico ou político e suas relações com as redes de suporte social. De acordo com Pinto (1999), a educação sexual é aquela que envolve a moral sexual vigente na família e na sociedade, integra a maneira de se ver a masculinidade e a feminilidade, enquanto a orientação sexual é um espaço que se tem dentro da escola para discussão sobre essa educação. Neste contexto, destaca-se na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – lei nº 9.394/1996 (BRASIL, 1996) – a orientação sexual como um dos temas transversais a serem incluídos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997), em todas as áreas do conhecimento, do ensino fundamental ao ensino médio.

Para tanto, este estudo parte de dois pressupostos. O primeiro é que os adolescentes masculinos têm necessidades singulares, ou seja, não deveriam ser incorporados nos serviços de saúde apenas como coadjuvantes na atenção à saúde da mulher, uma vez que têm direitos sexuais e reprodutivos específicos a serem contemplados. O segundo é que a adolescência, em sua face social, não é um fenômeno homogêneo, o que

nos leva a considerar que há diferentes adolescências moldadas por processos sociais distintos.

Levando em conta esse direcionamento, a presente pesquisa questiona a problemática da gravidez na adolescência sob a perspectiva de adolescentes do sexo masculino, estudantes do ensino médio, que não experimentaram a vivência de ser ‘pai’ precocemente. O interesse por eleger essa temática para estudo foi despertado pela representatividade da problemática ‘gravidez na adolescência’ no cenário social e pelo déficit de estudos que considerem a opinião de adolescentes do sexo masculino neste contexto.

Assim, este estudo teve como objetivo: conhecer a opinião de adolescentes estudantes do ensino médio do sexo masculino, acerca da ocorrência da gravidez na adolescência em um município paraibano.

Os resultados deste estudo podem contribuir para a implementação de propostas educativas, que tenham como foco as temáticas ‘gravidez’ e ‘adolescência’ e que visem, especialmente, orientações na área da sexualidade humana. A escola e a família deveriam ser as instituições responsáveis por essa orientação, mas, por vezes, isso não acontece, pois nem sempre estão preparadas.

Procedimento metodológico

A linha teórica e metodológica que orienta esta pesquisa é de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A escolha desta abordagem visa valorizar as narrativas dos participantes, favorecendo o campo da intersubjetividade pelas interações estabelecidas entre entrevistados e pesquisadoras (MARCONI; LAKATOS, 2008).

O cenário do estudo foi uma escola pública de ensino médio, localizada no município de Cajazeiras (PB). A composição da amostra ocorreu de modo aleatório em cada série de ensino, considerando-se apenas os participantes do sexo masculino, totalizando 7 adolescentes com idades entre 14 e 18 anos. Tomaram-se por base os seguintes critérios: ser adolescente, ser do gênero masculino, estar regularmente matriculado, não ter sido pai precocemente, aceitar participar do estudo e ter anuência dos pais.

Seguindo-se o que preconiza a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras (PB), sob o protocolo nº 3371009 e teve anuência dos pais dos participantes do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta dos dados foi realizada no mês de novembro de 2009, por meio de entrevistas com um roteiro semiestruturado contendo as seguintes questões norteadoras: 'fale sobre a gravidez na adolescência'; 'para você quais os fatores que levam a ocorrência da gravidez nesta fase da vida?'; e 'aponte as possíveis vantagens e desvantagens de ser 'pai' adolescente'.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados. Após a transcrição das entrevistas, deu-se o processamento, a categorização e, posteriormente, a interpretação das informações. Os sujeitos do estudo foram codificados em Adolesc 1 a Adolesc 7 na sequência das entrevistas, a fim de preservar o anonimato dos participantes.

Para análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática, proposto por Bardin (1977), que preconiza a apreensão dos aspectos comuns, ligados à maioria dos participantes, associados a cada tema. Para a aplicação do método, foi realizada a decomposição do material em partes, a distribuição das partes em categorias, a realização de inferências dos resultados e a interpretação dos resultados obtidos à luz da fundamentação teórica adotada.

Resultados e discussões

Gravidez na adolescência: deslize e irresponsabilidade

A gravidez na adolescência concebida como um ato impensado e irresponsável decorre da percepção de que a mesma acarreta para o adolescente consequências negativas importantes para sua vida, conforme percebe-se nos discursos que exemplificam essa visão:

[...] é uma grande perda [...] porque um monte de responsabilidade cai sobre nossa cabeça

[...] e com certeza na frente vai ter muitas consequências [...] (Adolesc 1, 16 anos).

É um descuido dos adolescentes de hoje em dia. [...] isto arruína a adolescência de uma pessoa. (Adolesc 2, 16 anos).

[...] é um ato de irresponsabilidade. (Adolesc 5, 16 anos).

Por ser a adolescência uma fase da vida com buscas e afirmações, o fenômeno da gravidez nesta etapa imprime nos adolescentes que não vivenciaram essa situação a concepção de um ato de deslizes e de irresponsabilidades, com consequências que remontam a outras áreas de sua vida.

Para Soares *et al.* (2008), tanto a adolescência quanto a gravidez revelam situações de crise e indefinição. A primeira é necessária e imprescindível para o desenvolvimento do indivíduo, enquanto a segunda pode ser desestruturante, pode apresentar grande carga emocional, física e social, fazendo com que não sejam vivenciados adequadamente os estágios de maturação psicossocial, o que caracteriza um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil. Nessa perspectiva, a gravidez está inserida em um contexto de desvantagem social para os adolescentes e resulta da falta de acesso à informação e aos serviços de saúde.

Assim, é muitas vezes considerada como um reforço à pobreza e à marginalidade, ora como consequência, ora como fator contribuinte. Tal concepção é apontada nas falas:

[...] a questão da marginalidade também, porque é a principal consequência nessas zonas de periferia, onde não há estruturação. (Adolesc 3, 18 anos).

Porque hoje o custo de vida é muito alto, e se você não planeja você vai viver, como mais uma família pobre, como mais uma família que depende de outra [...] pra sustentar aquela criança, e é um futuro incerto pra ela. (Adolesc 7, 16 anos).

A ocorrência da gravidez na adolescência conforme os relatos já se daria num âmbito pontuado por oportunidades restritas, poucas opções de vida, ao produzir uniões estáveis, muitas vezes frágeis, entre adolescentes, levando ao abandono escolar e à ausência de condições adequadas para o cuidado com o filho. Estudo realizado por Almeida (2008) acerca da relação entre gravidez na adolescência e escolaridade revela que a ocorrência da gravidez para a maioria dos adolescentes resulta de processos sociais complexos, promovendo a evasão escolar e defasagem quanto à realização profissional.

As falas dos entrevistados revelam também a realização de um ato sexual sem planejamento, caracterizado pela impulsividade e descompromisso consigo e com o outro, acreditando-se, muitas vezes, que os danos decorrentes do sexo desprotegido não teriam implicações para eles:

É porque na adolescência os hormônios estão a mais de mil. Mas eu acho que não é falta de campanha, 'vá usar camisinha', não usa porque não sei; não usa porque não quer [...]. (Adolesc 1, 16 anos).

Descuido nas maneiras de se proteger, com o uso de preservativo, o uso de anticoncepcionais. (Adolesc 2, 16 anos).

Os relatos evidenciam que as relações sexuais na adolescência estão ocorrendo de forma desprotegida e precoce. Tal antecipação pode trazer como consequência a possibilidade não só de uma gravidez não planejada, mas também de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Vale ressaltar as diferentes versões do desenvolvimento da sexualidade nos adolescentes masculinos. A

experiência masculina [...] traduz-se em duas atitudes: numa, o desempenho sexual é visto como um ganho, sustentando o poder da masculinidade, noutra, a atitude é decididamente romântica, em que o homem busca 'entregar-se' no momento certo e à parceira certa. (BORGES; SCHOR, 2007, p. 226).

Entretanto, há poucos estudos sobre o envolvimento dos homens no controle da reprodução, cujo fenômeno, segundo Marcolino e Galastro (2001), está restrito à biologia da mulher, haja vista que é ela quem engravida, e sua fecundidade é mais fácil de ser controlada que a do homem, uma vez que existem poucos métodos masculinos para o controle da reprodução, disponíveis apenas a camisinha e a vasectomia. Esses empecilhos práticos não explicam, no entanto, o papel limitado que os homens desempenham na contracepção.

Os relatos dos adolescentes investigados revelam a importância da prevenção, ao afirmar que:

conheço o uso da pílula anticoncepcional e também o preservativo, que além de proteger de uma gravidez indesejada, protege também contra as doenças sexualmente transmissíveis. (Adolesc 2, 16 anos).

Mesmo afirmando que os adolescentes agem de forma impensada, os entrevistados revelaram preocupação com as formas de prevenir uma gravidez, bem como as IST. Orientar adequadamente sobre o uso correto dos métodos anticoncepcionais é uma maneira de evitar riscos, traumas e problemas psicossociais relacionados ao sexo e, assim, assegurar o desenvolvimento saudável da sexualidade durante a adolescência (SOARES *et al.*, 2008).

A discussão sobre o uso de métodos anticoncepcionais na maioria dos estudos disponíveis é feita de maneira superficial, não incluindo, muitas vezes, o modo de usar os métodos, os efeitos colaterais, as indicações e contraindicações. Isso pode produzir uma interpretação não verdadeira do grau de conhecimento sobre prevenção de gravidez pelos adolescentes e, assim, enviesar a avaliação da influência do conhecimento sobre o uso de métodos anticoncepcionais. Esse fato foi observado neste estudo, como pode ser percebido no discurso a seguir:

Os profissionais não deixam muito claro, falam de certas vantagens e desvantagens, mas não de verdade, [...] moldam aquilo na nossa vida, deveriam ser passado de uma forma mais criativa, mais prazerosa. (Adolesc 3, 18 anos).

Pode-se afirmar, a partir desse depoimento, que o conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser um fator de resistência à aceitabilidade e uso desse método. Concorde-se com Trajman (2005), em pesquisa realizada entre adolescentes acerca do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, que o acesso à informação de boa qualidade e à disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas à população em geral.

Os discursos dos adolescentes revelam que a gravidez nesta fase da vida também denota questões de gênero, desigualdades entre os sexos, como se observa no relato a seguir:

Mas, principalmente são as mulheres que tem que ter mais responsabilidade, porque ela que vai criar o filho, vai ficar com aquele filho, e vai perder toda sua vida jovem [...]. (Adolesc 1, 16 anos).

Gênero é a representação social criada sobre o que é um homem e uma mulher. O conceito de gênero implica uma relação que produz uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio entre as pessoas de acordo com o sexo; na maioria das vezes, o que é masculino tem mais valor. 'A representação social da mulher é a procriação, é a cuidadora da família, frágil e amorosa; o homem é visto como o provedor, viril e forte' (GURGEL *et al.*, 2008, p. 800). Deste modo, quase sempre a culpa social e o ônus da gravidez nessa fase da vida recaem sobre a mulher.

Marcolino e Galastro (2001) constataram que a desestruturação afetiva/social reforça o quanto é necessário rever as práticas educativas a serem realizadas com adolescentes e a frequência com que devem ser feitas; além disso, torna-se imprescindível a participação dos educadores e familiares nesse processo, pois esse grupo etário ainda tem buscado com amigos informações nem sempre tão corretas. Tal fato ocorre por característica própria do grupo e também pela ausência ou até omissão dos setores educação, saúde e família. Isso revela que esses setores não estão dando conta da integralidade à saúde dos adolescentes.

Vantagens versus desvantagens da paternidade na adolescência

Ao serem questionados sobre as vantagens/desvantagens da paternidade na adolescência, todos os adolescentes apontaram desvantagens e, destes, quatro apontaram a existência também de vantagens, conforme expresso nos depoimentos a seguir:

A vantagem é o amadurecimento, o crescimento, vê o mundo com outra visão [...] as vantagens eu acho que são mesmo pela experiência de ser pai. (Adolesc 5, 17 anos).

você com isso, dependendo da pessoa, vai se tornar mais cabeça, vai de verdade criar uma consciência diferente da que você tinha. (Adolesc 3, 18 anos).

As vantagens atribuídas ao contexto do amadurecimento e da vivência do adolescente em relação ao cuidado com o filho remontam uma situação atual e revelam que várias concepções e valores vêm se modificando historicamente com a evolução do pensamento humano. Assim, também são percebidos de formas diversas a virgindade, o casamento, o amor e os papéis sexuais dentro das relações conjugais.

Pesquisa realizada por Heilborn *et al.*, em três capitais brasileiras, revelou que a

assunção da paternidade para rapazes das camadas populares é reivindicada como prova de amadurecimento e de responsabilidade e para jovens pobres há uma obrigação moral que impele o homem a assumir e desempenhar a função de provedor [apesar de sua pouca idade]. (2006, p. 250).

Nesse segmento, a parentalidade representa o acirramento, ou mesmo a consolidação do processo de passagem à vida adulta.

Na atualidade, a gravidez na adolescência constitui-se em uma possibilidade de busca da autonomia e responsabilidade, no desejo consciente do adolescente de ser pai, na medida em que toma consciência da relação de dependência do filho para consigo e, até mesmo, uma

fonte de satisfação (CAMARGO; FERRARI, 2009). Assim, as poucas vezes que encontramos referência sobre o projeto de paternidade, este sempre se encontra ligado a um projeto maior de constituição de uma família como um modo de se tornar adulto, garantir independência da família de origem, obter responsabilidade diante da comunidade e, no limite, realizar o projeto de tornar-se um 'homem de verdade', ou seja, trabalhador e chefe de família provedor (PORTELA *et al.*, 2004).

Heilborn *et al.* (2006) enfatizam que, na contemporaneidade, observam-se a convivência de diversas gerações, às vezes no mesmo domicílio, e o fenômeno da reprodução precoce, que não é estranho às mudanças nas relações intergeracionais e segue permitindo o fortalecimento dos vínculos e da solidariedade familiar.

No tocante às desvantagens, a ocorrência da gravidez na adolescência, para os entrevistados, desestrutura a vida afetiva/social dos adolescentes e interfere na possibilidade de se qualificar para o trabalho. Isso constitui-se em perda da adolescência e leva ao distanciamento dos amigos e à falta de apoio familiar e social, ou seja, perda da liberdade de viver esse importante período da vida. O relato a seguir demonstra claramente essa concepção:

Você só tem a perder, porque as desvantagens são, além de perder a adolescência, você não vai ter um tempo destinado só para os estudos, vai ter que cuidar daquela criança, não vai ter uma base financeira pra se dedicar àquela criança, nem uma estrutura pra educá-la, eu acho que é isso. (Adolesc 6, 14 anos).

Percebe-se que, independentemente do meio social ou cultural, a gravidez na adolescência tem papel fundamental na determinação das futuras oportunidades dos adolescentes. Observa-se um isolamento social, com afastamento do grupo de amigos e das atividades próprias para a idade, como os estudos e festas.

Do ponto de vista socioeconômico, a gravidez na adolescência tem sido associada aos baixos níveis de escolaridade, às piores condições socioeconômicas familiares, ao maior desemprego e/ou empregos precários,

a famílias numerosas, constituindo a reprodução da pobreza (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Convém destacar que, na adolescência, a paternidade não é apenas um ato reprodutivo, mas um processo social que afeta significativamente as relações entre homem, mulher e membros familiares, definindo novas identidades sociais, além de repercussões singulares para o sistema de saúde.

A paternidade é um processo em constante construção, que se dá por meio das interações estabelecidas. Esse processo de construção da identidade, da subjetividade e da representação da paternidade ocorre em contextos históricos, culturais, regionais e afetivos, com marcas e significados próprios de cada geração (MEINCKE; CARRARO, 2009; HEILBORN *et al.*, 2006).

Educação sexual: partilhar conhecimento entre adolescentes, pais e profissionais

A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, e transforma-se conforme mudam as relações sociais. No entanto, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (MARTINS *et al.*, 2006).

A noção de sexualidade é vivenciada de modo diferenciado pelos adolescentes. Alguns a referenciam como um conjunto de fatores que vão além do prazer sexual, não caracterizando apenas a realização do ato sexual. Observa-se o relato:

Sexualidade em si é todo conjunto do corpo do ser humano, não somente o órgão genital, como muita gente pensa. Muita gente pensa que sexualidade é somente um pênis e uma vagina, mas não são somente os órgãos sexuais. Sexualidade é todo conjunto, todos os hormônios, [...] o desejo do outro, isso é normal acontecer, aliás, isso é normal ocorrer com qualquer jovem. (Adolesc 4, 17 anos).

Outros a vivenciam apenas como ato sexual, não valorizando, portanto, o afeto e as relações interpessoais, conforme o relato a seguir:

[...] eu acho que é a prática do sexo. Quando você começa a fazer sexo, aí você entra na parte da sexualidade. Eu acho que é isso, não sei não, mas acho que é isso. (Adolesc 6, 14 anos).

Estudo realizado por Farias, Fernandes e Souza (2009), acerca do significado da sexualidade para adolescentes, reafirma a visão errônea de alguns adolescentes na qual a sexualidade foi remetida à relação sexual, com finalidade de reprodução, revelando desconhecimento dos aspectos sociais, culturais e afetivos que permeiam o conceito.

O despertar e a vivência da sexualidade na adolescência são acompanhados por uma grande leva de desinformação, muitas vezes decorrente da família, outras vezes dos próprios educadores. Os pais, por déficit de conhecimento ou por constrangimento em falar sobre sexo com seus filhos, acabam não cumprindo seu papel de educadores. Já as escolas não realizam uma orientação adequada, deixando o jovem em desvantagem.

Acerca dos fatores que levam à ocorrência da gravidez na adolescência, o relato a seguir ressalta a influência de amigos, da mídia em geral e a deficiência no acesso à informação por parte da família e da escola, sendo considerados fatores determinantes para o início de uma vida sexual sem estruturação. Observam-se os relatos:

[...] a estrutura da família em si. Questão das amizades, [...] talvez influência muito também, além de, de certas necessidades e certas vontades de saciar, de conhecer até por curiosidade. (Adolesc 3, 18 anos).

Mas infelizmente o sistema brasileiro de educação, só ensina que você usando camisinha, você é 100%, então usando camisinha você pode fazer o que quiser. (Adolesc 4, 17 anos, masculino).

Tais resultados corroboram as considerações de Moreira (2008, p. 313) que, na atualidade, vê o exercício da sexualidade começando cada vez mais cedo

impulsionado pela imposição social que leva crianças a adoescerem precocemente e, de forma semelhante, leva os adolescentes a rapidamente

ingressarem na vida adulta, mesmo não estando preparados psicologicamente.

O direcionamento de diversos fatores, como o desconhecimento do corpo, a omissão da família/escola sobre assuntos pertinentes à adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia, com programas, novelas e até propagandas apelando ao sexo, faz com que os jovens iniciem precocemente a atividade sexual, não conscientes de suas implicações.

Ao serem questionados sobre a qualidade da orientação sexual que têm recebido, todos os sujeitos deste estudo revelaram que isto ocorreu, mesmo de forma deficiente, tendo como fonte de informação seus pais, amigos e a escola, conforme depoimentos a seguir:

Sim, com minha mãe, meu pai, nós sempre fomos cabeça aberta, conversamos sobre tudo, nunca escondemos nada. (Adolesc 1, 16 anos).

[...] tem a questão dos amigos, influenciam muito e que lhe ajudam, falam certas coisas que o pai e a mãe não têm habilidade, ou por medo não falam. (Adolesc 3, 18 anos).

Recebo dos meus pais, dos tios, alguns professores. Em casa, na escola também recebo. (Adolesc 5, 16 anos).

Verifica-se, nos relatos acima, que a origem das informações sexuais entre os adolescentes remete aos amigos, que foram apontados pela maioria dos estudantes como o grupo com quem se sentem mais à vontade para conversar sobre a temática. Alguns estudantes consideraram, entretanto, que é melhor conversar com os pais, com a ressalva de que assuntos mais íntimos são tratados entre os amigos.

Há uma lacuna de informações pela falta da educação sexual nas principais instituições em que os adolescentes vivem, entre elas, destacam-se a escola e a família (ALMEIDA, 2008). A consequência disso são os sentimentos de culpa e de medo que atingem essa faixa etária, fazendo com que esses adolescentes passem a buscar informações em fontes pouco seguras ou incapazes de

ajudá-los. Entretanto, não se pode imprimir nos mesmos a noção de culpabilidade, pois, muitas vezes, essa busca é oriunda do déficit de orientação sexual ao adolescente, cuja responsabilidade envolve toda a sociedade.

Concorda-se com Soares *et al.* (2008, p. 486) ao verificar que

a falta de informação e a curiosidade, adquirida na rua ou por meio da mídia, despertam precocemente o estímulo sexual no adolescente, tornando-o mais vulnerável à gestação não planejada e às IST/SIDA.

Nesta pesquisa, alguns adolescentes investigados destacaram a escola como veículo de orientação sexual, porém caracterizada como uma informação restrita, enfatizando as mudanças corporais ocorridas nessa fase, o uso de métodos anticoncepcionais, a transmissão de IST, geralmente vinculados às discussões nas disciplinas de Biologia, Filosofia e Sociologia, havendo, desse modo, um distanciamento das informações necessárias para o início da atividade sexual com responsabilidade. Conforme Farias *et al.* (2009), a educação sexual é um trabalho extremamente importante, pois se percebe a necessidade que os adolescentes têm de informação.

Neste sentido, tanto a Constituição Federativa do Brasil quanto a LDB regulamentam como sendo dever da família e, sobretudo, do Estado favorecer o pleno desenvolvimento do educando, incluindo aspectos concernentes à sua sexualidade. Além disso, os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997) também apontam a orientação sexual como um dos Temas Transversais a ser trabalhado em sala de aula. No entanto, muitas escolas ainda relutam por incluí-la como uma de suas preocupações pedagógicas. Para tal, é necessário que o professor esteja preparado para encarar o assunto de frente.

A escola significa um lugar importante para se trabalharem conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento, pois é local em que o adolescente permanece o maior tempo do seu dia. Portanto, torna-se um local propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, atuando nas diferentes áreas dos saberes humanos.

Outro espaço relevante para a educação sexual são os serviços de saúde; entretanto, verificou-se na

literatura que as UBS não têm sido um espaço em que os adolescentes podem falar de sexualidade e suas implicações (TOMITA; FERRARI, 2007). Talvez seja necessário rever as práticas dos profissionais da saúde na abordagem de acolhimento desse grupo etário ou sair do seu espaço institucional e desenvolver um trabalho intersetorial da UBS com a escola (FERRARI, 2004).

Considerações finais

A gestação em si é um momento delicado, que requer atenção e, semelhantemente à adolescência, possui particularidades próprias. Quando se associam esses dois momentos, adolescência e gravidez, o resultado é um leque de transformações que levam a um turbilhão de emoções e acontecimentos.

Este estudo revelou, na opinião dos adolescentes do sexo masculino, que a ocorrência da gravidez na adolescência é resultado de deslize e irresponsabilidade, acarretando conseqüências negativas em várias áreas de sua vida. Revelam-se vantagens quanto à maturação individual e desvantagens quanto à mudança em sua vida social e na possibilidade de se qualificar para o trabalho. Desse modo, observou-se um déficit de educação sexual entre adolescentes, tornando-os mais vulneráveis à gestação não planejada nessa fase da vida. Cabe, pois, aos pais e educadores a grande responsabilidade pela construção do conhecimento acerca dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, garantidos como Direitos Humanos junto aos adolescentes.

Diante do exposto, torna-se necessário conhecer o que os adolescentes pensam, sua realidade, mitos e tabus em relação à sexualidade, para que se possa abordá-la de modo a contribuir para a construção de uma vida sexual saudável.

Por fim, a construção do conhecimento sobre a paternidade na adolescência necessita ser mais bem explorada e contribuirá para a assistência aos que a vivenciam, enfatizando-se a prevenção da gravidez na adolescência como corresponsabilidade da família, escola e serviços de saúde, que vai além de aprimorar a escuta, fortalecimento de vínculos. É preciso garantir o acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais. ■

Referências

- ALMEIDA, M.C.C. *Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo de três capitais brasileiras*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 4, p. 479-87, 2004.
- BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 1, p. 225-234, 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996. Disponível em: http://www.mec.gov.br/sef/param_5/p.5. Acesso em 24 nov. 2009.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual*. Brasília: MEC/SEC, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e Estratégicas. *Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 937-46, 2009.
- FARIAS, M.C.A.D., et al. Desenvolvimento da orientação sexual na escola: relato de experiência com adolescentes. In: 5º Colóquio Nacional Representações de Gênero e de Sexualidades. I Simpósio Nacional de Psicologia e Crítica da Cultura. 6, 2009 Campina Grande. Anais... REALIZE Editora/Editora da UFPB, 2009.
- FARIAS, M.C.A.D.; FERNANDES, D.G.; SOUZA, G.M. Significado da Sexualidade para Adolescentes. In: RIBEIRO, M.G. (Org.). *Ensaio sobre psicologia da cultura*. Campina Grande: REALIZE Editora/Editora da UFPB, 2009.
- FERRARI, R.A.P. *Atenção à saúde dos adolescentes: ações desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família de Londrina, Paraná*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.
- GURGEL, M.G.I., et al. Gravidez na Adolescência: Tendência na Produção Científica de Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 799-05, 2008.
- HEILBORN, M.L. et al. (Orgs.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006.
- LUCENA, K.D.T., et al. A abordagem de gênero no contexto do trabalho na ESF do município de João pessoa (PB). *Revista Saúde em Debate*, v. 34, n. 86, p. 456-466, 2010.
- MARCOLINO, C.; GALASTRO, E.P. As visões femininas e masculinas acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 77-82, 2001.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MARTINS, L.B.M. et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.
- MEINCKE, S.N.K.; CARRARO, T.E. Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. *Texto & Contexto em Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 83-91, 2009.
- MOREIRA, T.M.M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.
- PINTO, E.B. *Orientação sexual na escola: a importância da psicopedagogia nessa nova realidade*. São Paulo: Gente, 1999.
- PORTELLA, A.P. et al. Homens: Sexualidades, Direitos e Construção de Pessoa. Recife: SOS CORPO – Gênero e Cidadania; Instituto Papai, 2004.
- SOARES, S.M. et al. Oficinas sobre Sexualidade na Adolescência: Revelando Vozes, Desvelando Olhares de Estudantes do Ensino Médio. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 485-491, 2008.
- TOMITA, T.Y.; FERRARI, A.P. Adolescência e sexualidade no cotidiano da equipe de enfermagem do serviço de atenção básica de saúde. *Semana: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 28, n. 1, p. 39-52, 2007.
- TRAJMAN, S.R. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 51, n. 3, p. 148-152, 2005.

Recebido para publicação em Dezembro/2010
 Versão definitiva em Março/2011
 Conflito de interesses: Inexistente
 Suporte financeiro: Não houve

Contribuição do enfermeiro na promoção da saúde sexual do adolescente escolar

Contribution of the nurse in promoting sexual health to teenager students

Cláudia de Souza¹, Cássia Barbosa Reis², Érica Bento Bernardes³

¹ Especialista em Urgência e Emergência pelo Instituto São Francisco de Assis de Comunicação, Educação e Saúde.
claudiasouenf@yahoo.com.br

² Doutoranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Professora do Curso de Enfermagem da UEMS.
cassiareis@hotmail.com

³ Graduada em Enfermagem pela UEMS.
erica2b@hotmail.com

RESUMO Projeto de extensão universitária, desenvolvido com um grupo de adolescentes. Tendo em vista o papel do enfermeiro no processo de educação sexual dos adolescentes é que se realizou este trabalho, objetivando-se a formação de adolescentes multiplicadores de informações em saúde, principalmente voltadas à saúde sexual. Foram realizadas ações educativas e preventivas em saúde sexual, para que ampliem seus conhecimentos em relação à sexualidade e, assim, transmitam a outros adolescentes, tornando-os multiplicadores de uma nova concepção de saúde, pois é muito importante que tenham percepção dos riscos em relação ao exercício da sua sexualidade e que adotem as práticas seguras.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Promoção da Saúde; Sexualidade.

ABSTRACT *This is an extension project, developed with a group of teenagers. This work was performed, given the nurse's role in the process of sexuality education. We aimed at the development of teenagers who are multipliers for health information, primarily focused on sexual health. Were carried out educational and preventative sexual health, to expand their knowledge regarding sexuality so they can transmit it to other teenagers, multiplying a new concept of health as it is very important to have risk perception in relation to the exercise of their sexuality and to adopt safe practices.*

KEY-WORDS: *Adolescent; Health promotion; Sexuality.*

Introdução

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde.

A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, que se transforma conforme mudam as relações sociais. Todavia, nossa sociedade foi histórica e culturalmente cerceada em suas possibilidades de vivência, em decorrência de tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (BRASIL, 2006a).

Para adolescentes e jovens, esta dimensão se traduz em um campo de descobertas, experimentações e vivência da liberdade, como também de construção de capacidade para a tomada de decisões, de escolha, de responsabilidades e de afirmação de identidades pessoais.

A sexualidade é um fenômeno da existência humana e, por isso, faz parte da vida dos adolescentes. Tem sido objeto de estudo e intervenção das políticas públicas, principalmente em função do aumento nos índices de gravidez e incidência de AIDS na população jovem (MAHEIRIE *et al.*, 2005).

Durante muito tempo, a sexualidade e a sensualidade foram alvos de feroz repressão, passando-se a imagem de que o corpo era a fonte do pecado.

No passado, esta repressão era eficiente para conter a expressão da sexualidade dos adolescentes, em especial no sexo feminino. Hoje, com o acesso às informações e com um novo contexto social, político e econômico, a adolescência passa a incorporar novas características, as quais contribuíram para a iniciação sexual precoce deste grupo (COSTA; PRADO, 2001). Os adolescentes iniciam sua vida sexual cedo, muitas vezes por curiosidade, pressão do grupo, falta de coragem para dizer não, paixão ou pelo uso de drogas e álcool.

O desenvolvimento sexual do adolescente sofre as influências dele próprio, da família, e de seus companheiros, sendo que a pressão do grupo é, talvez, o fator mais poderoso para determinar seu comportamento sexual (BRÊTAS; SILVA, 2005).

Para Costa e Prado (2001), estas mudanças, no que diz respeito a comportamento, trouxeram ao

adolescente alguns aspectos positivos, tendo maior autonomia e liberdade de expressão; mas trouxeram também, aspectos negativos, que tem trazido prejuízos para os adolescentes e sociedade. O aumento da incidência de gravidez indesejada e do número de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS na adolescência refletem diretamente os problemas acarretados por essa mudança comportamental.

A adolescência é uma fase evolutiva do ser humano, deve ser considerada desde os vértices biológico, social e psicológico, aprofundando cada área para integrá-los na compreensão da personalidade adolescente de nossa época. Ou seja, tudo o que é fundamental de todo o desenvolvimento humano, os fatores sociopolíticos e econômicos participam de forma intensa nesta transformação (COSTA; PRADO, 2001).

Para Seixas (1999), o indivíduo nessa fase está construindo uma identidade própria; e nessa busca, é importante ressaltar que ele pode experimentar uma enorme multiplicidade de identificações, as quais podem ser bastante contraditórias entre si. Essa instabilidade é esperada e até mesmo desejada, porém cabe a seus pais, estabelecer limites e orientar esse processo investigativo, para que ele seja feito com segurança, sem prejuízos permanentes para a sua saúde, como por exemplo, uma gravidez indesejada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos (BRASIL, 2005). Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). Porém, a lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 19 anos.

Há aqui um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da OMS, também adotada pelo Ministério da Saúde.

A adolescência é um período difícil, em que o indivíduo se prepara para o exercício de sua autonomia.

Basta lembrar as muitas expectativas que são depositadas nessa etapa, como, corpo adulto, capacidade reprodutiva, identidade sexual, responsabilidade, independência, maturidade emocional e escolha profissional, e fica fácil compreender porque a adolescência é uma fase de tantos conflitos (BRASIL, 2006b).

Geralmente, é um período marcado por crises caracterizadas por perdas e ganhos que vêm contribuir para o autoconhecimento e amadurecimento individual.

Para Souza *et al.* (2004), a adolescência passou a ocupar, nas últimas décadas, o centro de interesse para investigação nas áreas das ciências humanas e biológicas. É uma fase da vida com fenômenos dinâmicos na qual a capacidade reprodutiva e novas habilidades cognitivas e sociais são adquiridas.

Não pode ser considerada meramente uma etapa da transição entre a infância e a idade adulta, pois é nesta fase que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo (BRASIL, 1993).

As modificações caracterizadas nesta fase afetam o processo natural de desenvolvimento e envolvem a necessidade de experimentar comportamentos que deixam os adolescentes mais vulneráveis a riscos e danos a sua saúde, inclusive no aspecto da sexualidade.

Nesse sentido, algumas características apresentadas pelos jovens no início da atividade sexual, hoje cada vez mais precoce como o desconhecimento da própria sexualidade, a curiosidade pelas drogas, a gravidez na adolescência e a não adesão aos métodos contraceptivos, os deixam susceptíveis aos riscos para as doenças de transmissão sexual (SOUZA *et al.*, 2004).

As questões inerentes à fase da adolescência têm sido o foco de atenção de muitos profissionais, assim como também dos próprios pais. Atualmente, professores e profissionais da saúde, num esforço conjunto, desenvolvem projetos com a finalidade de proporcionar aos adolescentes, uma transição saudável da infância à idade adulta.

A partir de meados dos anos 1980, a demanda por trabalhos na área da sexualidade nas escolas aumentou em virtude da preocupação dos educadores com o grande crescimento da incidência de gravidez indesejada entre as adolescentes e com o risco da infecção pelo HIV entre os jovens. Antes, acreditava-se que as famílias apresentavam resistência à abordagem dessas questões no âmbito escolar, mas atualmente sabe-se que os pais reivindicam a orientação sexual nas escolas, pois reconhecem não só a sua importância para crianças e jovens, como também a dificuldade de falar abertamente sobre o assunto em casa (BRASIL, 1998).

Para Neves Filho (2004), o envolvimento dos jovens com as DSTs/AIDS, o aumento alarmante de gestações na adolescência e o uso de drogas vêm mobilizando não só os serviços de saúde, mas todos os segmentos da sociedade, inclusive as escolas.

Neste sentido, torna-se muito importante o desenvolvimento de práticas educativas em saúde com os adolescentes escolares, promovendo a orientação e a sensibilização quanto a assuntos relacionados à sexualidade e ao autocuidado.

Segundo Costa e Prado (2001), a sexualidade deve ser trabalhada de forma integral, identificando percepções e sentimentos dos escolares, valorizando pensamentos e opiniões e proporcionando reflexões para mudanças de comportamento que venham promover e prevenir a saúde. É no espaço escolar que cabe ao enfermeiro aproveitar a oportunidade e desenvolver seu papel, que tem uma importante contribuição na formação e orientação dos adolescentes, principalmente em nível de promoção à saúde.

A maioria dos adolescentes é pouco esclarecida a respeito da própria sexualidade e reprodução. Muitos não sabem dizer 'não' ao sexo indesejado ou negociar a prática do sexo seguro. Em consequência disso, a taxa de natalidade tem aumentado nessa faixa etária, e o conhecimento sobre DSTs/ AIDS e sexo seguro é muito importante e necessário.

É, portanto, evidente a necessidade de implementação e aprimoramento da educação sexual nas escolas face ao despreparo dos jovens para a vivência da sexualidade.

Tendo em vista o papel do enfermeiro neste processo de educação sexual é que se realizou este trabalho com os adolescentes, sendo que os objetivos do projeto foram formar adolescentes multiplicadores de informações em saúde, principalmente voltadas à saúde sexual; desenvolver com os adolescentes ações educativas e preventivas em saúde sexual, para que ampliem seus conhecimentos em relação à sexualidade e, assim, transmitam a outros adolescentes. É muito importante que esses adolescentes tenham percepção dos riscos e da própria vulnerabilidade em relação ao exercício da sua sexualidade e, dessa maneira, formem opiniões críticas que os levem a adotar e a manter práticas seguras.

Metodologia

As atividades de educação para a saúde foram realizadas com adolescentes e jovens de uma Escola Municipal de Dourados (MS). Os encontros ocorreram no período de 2006 a 2008, nas dependências da mesma escola.

A proposta inicial do trabalho estabelecia que o projeto fosse desenvolvido na própria escola, com a participação dos professores.

Estabeleceu-se contato preliminar com a coordenação da escola, a qual aprovou prontamente a nossa ideia, pois também avaliava que os adolescentes necessitavam cuidar melhor da saúde deles.

Realizamos o convite aos adolescentes e jovens da escola, visitando as respectivas salas de aulas e expondo os objetivos do projeto e a forma de desenvolvimento das atividades previstas. Logo após, os alunos interessados se inscreveram para participação no projeto, preenchendo uma ficha de inscrição.

O grupo foi composto por 30 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 19 anos, do ensino fundamental e ensino médio.

No primeiro encontro com os adolescentes e jovens, foram apresentados novamente os objetivos do projeto. Foi-lhes oferecida a oportunidade para expor suas ideias quanto ao projeto e as dúvidas que eles tinham em relação a algum aspecto da saúde.

Os encontros foram realizados na tentativa de criar um ambiente de descontração e confiabilidade. Para isso, fez-se uso de dinâmicas de grupo e debates sobre os assuntos abordados, como: anatomia e fisiologia do corpo humano, órgãos genitais masculinos e femininos (internos e externos), ciclo menstrual, poluição noturna, ovulação, fecundação; sexualidade, sexo e sexo seguro; gravidez (fases); aborto; métodos anticoncepcionais; DSTs (sífilis, gonorreia, cancro mole, condiloma acuminado, herpes genital, uretrites candidíase, etc.); HIV e AIDS: conceito, prevenção e controle, discriminação e solidariedade; drogas lícitas e ilícitas.

Para abordar esses temas de maneira didática e eficaz, foram utilizados materiais ilustrativos tais como: placa imantada dos sistemas reprodutor masculino e feminino; pênis de borracha; modelo tridimensional de vagina; diversos exemplos de métodos anticoncepcionais (DIU, diafragma, pílula oral, espermicida,

camisinha masculina e feminina); cartazes informativos sobre DST/AIDS; folhetos de orientação sobre gravidez, planejamento familiar, primeira vez e DSTs; vídeos educativos e atividades extramuros, o que incentivou ainda mais a participação dos adolescentes.

Resultados e discussões

O início da adolescência está nitidamente marcado pela puberdade, conjunto de transformações ligadas à maturação sexual, que traduzem a passagem progressiva da infância à adolescência (TIBA, 1986).

Já o fim da adolescência não é tão nitidamente demarcado. O crescimento e o amadurecimento acontecem mais rápido do que o psicológico e o intelectual. Sexualmente, o indivíduo atinge muito cedo a condição de adulto e adquire a capacidade de procriar, mas é psicologicamente imaturo para assumir tais mudanças, e é aí que as confusões se agravam, pois esta fase exige maior elaboração emocional dos acontecimentos biológicos (COSTA; PRADO, 2001).

É nesta fase que ocorre a adaptação da sua imagem corporal, aparecimento de características sexuais, elaboração de seus próprios valores e a identificação com seu próprio grupo.

Para Brasil (2001), a adolescência é um período da vida em que ocorrem rápidas mudanças físicas, cognitivas e sociais, junto à maturação sexual e reprodutiva, fazendo parte desse processo a assunção de novos papéis no caminhar para a idade adulta, o qual requer novas experiências, conhecimentos e responsabilidades.

Esta fase não pode ser considerada de transição só para o adolescente, pois os pais também precisam habituar-se com as mudanças, pois eles têm que entrar em contato com suas próprias dificuldades, para então, debaterem com seus filhos assuntos que por muitas vezes são embaraçosos, ou ainda nem resolvidos (COSTA; PRADO, 2001).

A educação por parte dos pais, no âmbito da orientação sexual, das DSTs e da gravidez precoce é muito prejudicada, pois estes foram educados num ambiente de repressão às suas manifestações sexuais, gerando conflitos neles próprios e no seu relacionamento com os filhos. Essa situação vem se modificando, algumas

famílias são abertas ao diálogo com os filhos sobre esse assunto, mas ainda existem muitas crenças e tabus a serem rompidos (AMORIM *et al.*, 2006).

Da dificuldade em falar com os filhos em relação à sexualidade, percebe-se cada vez mais a transferência desse papel à escola, pois é ali que ocorre a socialização comunitária destes adolescentes. É onde eles se sentem mais à vontade para trazer suas angústias. É um espaço social para onde o adolescente pode levar suas experiências de vida, suas curiosidades, fantasias, dúvidas e inquietações sobre sexualidade (JESUS, 2000).

Os adolescentes constituem importante contingente da população brasileira, aproximadamente um quarto desta, cidadãos do futuro que necessitam de atenção especial em saúde preventiva (ALVES; MARTINIANO; GARCIA, 2007).

Neste sentido, destaca-se o papel do enfermeiro, já que este incorpora com propriedade as atribuições inerentes a ele: cuidar, assistir, planejar, administrar, prevenir, educar e pesquisar, visando ao bem-estar do ser humano quer individual ou coletivamente, buscando a integralidade da assistência, itens constantes na Lei do Exercício Profissional (Lei 7.498, de 25/06/1986).

De acordo com Costa e Prado (2001), cabe ao enfermeiro participar da formação de uma equipe que atue neste campo, para lidar com a sexualidade de crianças e adolescentes de forma sadia, fazendo com que ela possa ser desfrutada e vivida com responsabilidade.

É fundamental a participação dos enfermeiros no processo de educação em saúde sexual ao adolescente, tendo em vista a grande importância do campo no momento atual, consideradas às necessidades de saúde emergentes dessa população, evidenciadas com o aumento no número de casos das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, de gravidezes indesejadas, assim como com a manifestação de dificuldades características no lidar com a própria sexualidade.

Educação sexual é oferecer condições para que um ser assumo seu corpo e sua sexualidade com atitudes positivas, livre de medo e culpa, preconceito, vergonha, bloqueios ou tabus. É um crescimento exterior e interior, em que há respeito pela sexualidade do outro, responsabilidade pelos seus atos, direito de sentir prazer, se emocionar, chorar e curtir sadiamente a vida (SOUZA, 1991).

A educação sexual é um meio para que a sexualidade seja trabalhada. Por meio dela, a criança e o adolescente receberá instruções sobre anatomia da reprodução humana e demais aspectos do comportamento que se relacionam ao sexo.

Durante todo o desenvolvimento do projeto, a sexualidade foi trabalhada por meio de sessões de 'tira-dúvidas' e debate sobre a temática com o uso de materiais ilustrativos, reflexões acerca de questões de gênero e comportamentos masculinos e femininos, como também mudanças corporais e psicológicas na adolescência focalizando a esfera afetiva relacionada ao namoro ou o 'ficar', além da questão da homossexualidade com suas peculiaridades e preconceitos.

Temas como homossexualidade e iniciação sexual foram abordados com naturalidade pelo grupo, com evidente redução dos tabus e preconceitos. Foi também possível e importante derrubar mitos e noções errôneas, tais como a primeira vez não engravida, entre outros.

De acordo com Oliveira, Carvalho e Silva (2008), a adolescência é marcada por alguns comportamentos sexuais, como o 'ficar', que é tido como treinamento do papel erótico e como parte de uma fase exploratória e a masturbação, sendo definida como uma procura solitária do prazer sexual, por meio da autoestimulação. A homossexualidade na adolescência ainda é um dos tabus da sociedade contemporânea, uma vez que as pessoas acham que é um desvio ou doença a ser tratada.

Assim, a educação sexual deve começar o mais cedo possível, deve ocorrer de maneira contínua e estar vinculada à formação de todas as crianças e adolescentes, sendo iniciada e assumida pelos pais, complementada pela escola e profissionais de saúde.

De acordo com Pereira *et al.* (2007), o exercício da sexualidade é um direito de todos. O que cabe aos adultos que lidam com esses adolescentes, sejam pais ou professores ou profissionais de saúde, é discutir as condições deste exercício. É sempre necessário lembrar que direitos vêm acompanhados de obrigações. Por isto, há obrigações a serem observadas como a prevenção das DSTs e as gestações inoportunas. Contudo, o mais importante é a discussão sobre as motivações, os temores, as fantasias destes adolescentes, para que tenham uma visão o mais ampla possível de suas opções, auxiliando em uma tomada consciente de decisão.

A precocidade da menarca reflete o ritmo aumentado de desenvolvimento da sexualidade prematura, expondo o adolescente a uma maior suscetibilidade a problemas na puberdade. Dentre os motivos apontados para essa precocidade podemos considerar a mídia como uma fonte de excesso de estímulos sexuais, o que pode se caracterizar como um sério problema para uma pessoa em transformação (FRANÇA; BAPTISTA, 2007).

Pesquisas nacionais nos dão conta de que estatisticamente os meninos iniciam a vida sexual mais precocemente do que as meninas. A média de idade das meninas é aos 15 anos e a dos meninos aos 14 anos (PEREIRA *et al.*, 2007).

Apesar da grande possibilidade de informação do mundo de hoje, por meio da mídia em geral, da televisão, internet, escola e família, percebemos os adolescentes em geral têm pouca informação, que algumas vezes é absorvida ou repassada com alguns mitos, como por exemplo, a pílula anticoncepcional evita a AIDS; transar pela primeira vez não engravida; o homem tem mais desejo sexual que a mulher, entre outros relatos apresentados pelos alunos durante o projeto.

A sexualidade nunca foi vivenciada de forma tão livre como atualmente. Entretanto, apesar da maior liberdade sexual e do estímulo à atividade sexual, há diversidade de experiências entre os jovens. Nesse contexto, muitas vezes se iniciam os comportamentos sexuais de risco, como a negligência à prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis (SANTOS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2010).

Estudos mostram que o desconhecimento do modo de contágio das DSTs/AIDS e a não importância dos métodos preventivos podem levar prejuízo a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes como a infertilidade, gravidez ectópica e câncer uterino, além de serem o principal fator facilitador da transmissão pela via sexual (SOUZA *et al.*, 2004).

Em relação às DSTs/AIDS, foi abordado no projeto o conceito destas doenças, modo de transmissão e prevenção o cuidado de si e do outro, além da exposição dos tipos das DSTs, como o cancro mole, condiloma acuminado, sífilis e outras.

Com os vídeos educativos e as dinâmicas de grupo realizadas durante o trabalho, os adolescentes observaram

a facilidade de adquirir as DSTs/AIDS quando ocorre a troca frequente de parceiros sem uso de preservativo. Pensando nisto, foi realizada a simulação do uso correto da camisinha masculina e feminina, esclarecendo muitas dúvidas que os adolescentes tiveram.

Segundo Santos, Rodrigues e Almeida (2010), mais da metade das novas infecções pelo vírus do HIV que ocorrem na atualidade afeta jovens de 15 a 24 anos de idade. Estima-se que 11,8 milhões desses jovens vivam com HIV/AIDS em todo mundo. A cada dia, cerca de 6 mil jovens dessa faixa etária se infectam com o HIV. No entanto, somente uma parte deles sabe que está infectada. Vale lembrar que mais de 20% da população brasileira é constituída por crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos de idade. Dados do Ministério da Saúde (MS) comprovam que mais de 70% dos casos de AIDS correspondem a indivíduos entre 20 e 39 anos, sendo que uma parcela considerável contraiu o vírus na adolescência.

As adolescentes participantes do projeto realizaram muitos questionamentos quanto ao uso do preservativo na primeira relação sexual. Para algumas, a primeira relação sexual não oferecia risco de gravidez.

Para Taquette (1997), a adolescente que engravida desvia seu processo de crescimento e amadurecimento social. Geralmente interrompe estudo e trabalho, deixando de conviver e de crescer com seu grupo de iguais e perde assim um elemento de apoio afetivo muito importante em sua vida. Perde a autonomia, o que obriga a jovem a pedir ajuda aos pais, quando acreditava que estava a caminho de sua independência. Ter atividade sexual, engravidar, apesar de serem prerrogativas adultas, conduzem a adolescente a uma condição de criança, devido a sua quase total dependência da família.

Em relação à constante exposição dos adolescentes a mensagens explícitas ou não, alusivas ao sexo e à sexualidade, por si só ela não faz a sua educação sexual. Os adolescentes necessitam de ajuda para aprenderem a processar estas mensagens de diferentes fontes de informação que lhes são transmitidas diariamente.

Diante deste panorama torna-se clara a necessidade da intervenção da escola ao nível da educação sexual.

Torna-se também necessária a capacitação dos educadores, a criação de grupos de interesse nas escolas,

o fornecimento de material educativo, a adoção de novos recursos tecnológicos e o trabalho integrado com a equipe de saúde em subsidiar tecnicamente com conhecimentos os trabalhos de educação em saúde sexual na escola sem prejuízo da grade curricular (MINAS GERAIS, 2006).

A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam um lugar importante na construção da autonomia de adolescentes e jovens, princípio fundamental na formação de pessoas saudáveis e responsáveis.

A sexualidade, no universo escolar, é tópico polêmico, considerando a multiplicidade de visões, crenças e valores dos diversos atores, como os alunos, pais, professores e diretores, entre outros; assim como os tabus e interditos que social e historicamente cercam temas que lhe são relacionados (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004).

Os sistemas de ensino educacional do país abrigam aproximadamente 62% de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos de idade (BRASIL, 2006b). Trata-se de um espaço institucional privilegiado para a convivência social e o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde e à construção de resposta social aos desafios colocados para a sociedade.

O adolescente em geral gosta da escola, principalmente porque é nesse contexto que ele encontra os amigos e as paqueras.

Assim, construir espaços de diálogo entre estes adolescentes e jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é um importante dispositivo para construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV e à AIDS, assim como à gravidez não planejada (BRASIL, 2006c).

As atividades educativas em grupo realizadas no projeto foram muito importantes, pois uma das características dos adolescentes e jovens é de procurar no grupo de companheiros a sua identidade e respostas para as suas ansiedades, facilitando a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências.

O grupo, para o adolescente, oferece certa segurança por estar menos exposto às críticas diretas, pois ele confia nos valores delimitados por seus pares, diluem sentimentos de culpa, vergonha, medo e inferioridade. A autoestima é mantida pela imagem positiva que os outros lhe concedem, dando a ideia de que a

união faz a força (SOUZA *et al.*, 2004). Para o adolescente, constitui-se em um espaço para a formação de uma nova identidade, em que ele pode experimentar e exercer novos papéis.

A formação de adolescentes multiplicadores foi um dos pontos chave do nosso projeto. Estes se comprometeram a atuar na multiplicação de informações entre seus/as colegas e na comunidade, desempenhando um papel ativo nas atividades educativas em saúde.

É preciso que a escola ajude os adolescentes e jovens a repensar suas relações, fazendo escolhas mais conscientes, mostrando aos adolescentes os riscos que correm caso não tenham responsabilidade sobre seus atos. É necessário que os adolescentes tenham atitudes de liberdade com responsabilidade e sabendo das consequências, pela falta de cuidado e pela falta de amor próprio.

Conclusões

A escola é um local que ocorrem grandes descobertas e se processa a disseminação de informações por parte dos adolescentes e jovens. Mas quando essas informações não procedem de fontes confiáveis, elas podem interferir no processo educativo, trazendo sérios prejuízos à saúde e à personalidade do adolescente.

Essas considerações são suficientes para compreender-se que práticas educativas em saúde, desenvolvidas para os adolescentes nas escolas, são de importância fundamental no processo do adolescer.

O trabalho mostrou que os adolescentes possuem pouca ou quase nenhuma experiência quanto ao início da atividade sexual, e também não estão preparados para encarar uma sexualidade com segurança pessoal, tendo conhecimentos próprios para sua proteção individual. Isso diz respeito a ensinamentos sobre métodos contraceptivos e sobre as DSTs e AIDS, que representam atualmente uma grande preocupação mundial, devido aos índices de crescimento dessas doenças.

Todo o trabalho foi realizado de forma dinâmica com interação junto aos alunos, utilizando-se uma abordagem simples, que permitia o diálogo e o entendimento da realidade vivenciada pelos adolescentes e jovens.

Observa-se que o processo de educação em saúde exige um trabalho permanente envolvendo escola, família e serviços de saúde, para que os sujeitos que dele participam possam ter a oportunidade de autorreflexão, obtendo, assim, uma visão mais crítica e uma prática transformadora sobre sua sexualidade.

A participação do educador e da família na promoção do desenvolvimento pessoal do adolescente passa a ser visto como fundamental para a formação de

indivíduos mais responsáveis, capazes de transformar sua vida pessoal, atuando como agentes de mudanças e vivenciando sua sexualidade de forma saudável.

É importante ressaltar que o simples conhecimento sobre temas voltados à sexualidade não garante um comportamento adequado dos adolescentes, mas a informação recebida corretamente é a primeira condição para que atitudes preventivas sejam adotadas, possibilitando, assim, a escolha consciente de seus próprios atos. ■

Referências

- ALVES, F.P.; MARTINIANO, C.S.; GARCIA, A.M.G.S. *Adolescente: seu entendimento sobre necessidades de saúde*. 2007. Disponível em: <<http://www.bireme.br/bvs/adolesc>>. Acesso em: 24 jul. 2007.
- AMORIM, V.L. et al. Práticas Educativas desenvolvidas por enfermeiros na Promoção à saúde do adolescente. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 19, n. 4, p. 240-246, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente: diretrizes gerais para atendimento de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. v. 1.
- _____. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental. Temas transversais*. Brasília: Ministério da Educação, 1998.
- _____. Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. *Manual técnico de saúde do adolescente e do jovem*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Secretaria da Saúde. *Manual de atenção à saúde do adolescente*. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. *Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- BRÊTAS, J.R.S.; SILVA, C.V. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 326-333, 2005.
- CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. *Juventudes e Sexualidade*. Ministério da Educação. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: UNESCO, 2004.
- COSTA, F.C.; PRADO, S.R.L.A. O papel do enfermeiro na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar. *Revista de Enfermagem da UNISA*, v. 2, p. 80-3, 2001.
- FRANCA, I.S.X.; BAPTISTA, R.S. A construção cultural da sociedade brasileira: implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 2, 2007.
- JESUS, M.C.P. Educação sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da enfermagem. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. (Orgs.). *Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem/Projeto Acolher, 2000. p. 46-55.
- MAHEIRIE, K. et al. Oficinas sobre sexualidade com adolescentes: um relato de experiência. *Revista Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 3, p. 537-542, 2005.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adolescente*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- NEVES FILHO; A.C.N. O atendimento ao adolescente. *Revista de Pediatria do Ceará*, v. 5, n. 1, p. 38-46, 2004.
- OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P.; SILVA, M.A. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 3, n. 61, p. 306-315, 2008.
- PEREIRA, J.L. et al. *Sexualidade na adolescência no novo milênio*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró-reitoria de Extensão, 2007.
- SANTOS, C.P.; RODRIGUES, B.M.R.D.; ALMEIDA, I.S. Vivência das adolescentes e jovens com HIV: um estudo fenomenológico. *Adolescência & saúde*, v. 7, n. 1, 2010.
- SEIXAS, A.H. Abuso sexual na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 117-135.

SOUZA, H.P. *Convivendo com seu sexo* (Pais e Professores). 2. ed. São Paulo: Paulinas, 1991.

SOUZA, M.M. *et al.* A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. *DST – Jornal Bras Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 16, n. 2, p. 18-22, 2004.

TAQUETTE, S.R. *Iniciação sexual da adolescente: desejo, o afeto e as normas sociais*. Tese (Doutorado em Pediatria) – Departamento de Pediatria e Puericultura, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

TIBA, I. *Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial*. São Paulo: Agora, 1986.

Recebido para publicação em Agosto/2010

Versão definitiva em Janeiro/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve

Vivências da sexualidade em adolescentes quilombolas

Experiences of sexuality in quilombola adolescents

Emília Santiago Silvério¹, Kalina Vanderlei Silva²

¹ Mestranda em Hebiatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (UPE). emilia.silverio@uol.com.br

² Doutora em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da UPE. kalinavan@uol.com.br

RESUMO O objetivo deste trabalho foi conhecer os aspectos vivenciados da sexualidade entre adolescentes de 12 a 17 anos. Estudo qualitativo com técnica de grupo focal com 16 adolescentes quilombolas do Município de Garanhuns, Pernambuco. Os resultados revelam a necessidade de ações de saúde voltadas à singularidade desse grupo a fim de instrumentalizá-los a ter responsabilidade nas decisões sobre a sexualidade. As questões de gênero mostram-se imprescindíveis à compreensão dos processos de construção dos sujeitos sociais, havendo interferências das relações de gênero nas decisões dos adolescentes acerca da sexualidade. Essa estratégia incentiva a participação dos mesmos nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo com ancestrais do Continente Africano; Sexualidade; Saúde do adolescente.

ABSTRACT *This paper aimed to understand aspects of sexual experience among teenagers from 12 to 17 years old. It is a qualitative study with focus on a group of 16 teenagers in the city of Garanhuns, Pernambuco, Brazil. The results reveal the need for health actions related to the uniqueness of this group to instrumentalize them to take responsibility in decisions about sexuality. Gender issues prove to be indispensable to understanding the processes of construction of social subjects and there is interference of gender relations in the adolescents' decisions about sexuality. This strategy encourages the participation of these adolescents in health services.*

KEYWORDS: *African Continental Ancestry Group; Sexuality; Adolescent health.*

Introdução

Na adolescência, os aspectos relacionados à sexualidade assumem posição de destaque no processo de formação do indivíduo. Ela está intimamente ligada ao desenvolvimento integral do adolescente por ser um elemento significativo na formação da identidade, manifestada por múltiplas identificações relacionadas à imagem corporal, a descoberta do outro como objeto de amor ou desejo e a descoberta de si e das relações com os familiares (ROMERO *et al.*, 2007). O aprendizado da sexualidade constitui um processo de experimentação pessoal, de impregnação pela cultura sexual do grupo. Na juventude, esta experiência acelera-se pela familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual (HEILBORN *et al.*, 2006).

O tema relacionado à sexualidade na adolescência vem sendo abordado com destaque nas últimas décadas, e os adolescentes estão se envolvendo em atividades íntimas cada vez mais cedo. Este fator é contribuinte para uma maior exposição aos riscos de uma gravidez indesejada ou não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST). É um assunto de extrema relevância na Saúde Pública, pela presença da vulnerabilidade aos riscos relacionados à saúde sexual e reprodutiva na adolescência (BORGES *et al.*, 2007; TOMITA; FERRARI, 2007; BRASIL *et al.*, 2006; BRASIL, 2007; BORGES; SCHOR, 2005; MURAKAMI *et al.*, 2007; SOUSA *et al.*, 2006; BESERRA *et al.*, 2008).

A assistência à saúde do adolescente tem relevância ampliada pelas diversas especificidades da faixa etária, considerando-se que a maioria das causas de morbimortalidade dessa população é passível de prevenção. É importante alcançar a saúde integral dos adolescentes em comunidades rurais que apresentam grande vulnerabilidade social, especificamente em comunidades quilombolas, para proporcionar condições de desenvolvimento das características biopsicossociais desses jovens. Torna-se necessário, junto com os adolescentes, refletir e elaborar sobre sentimentos, comportamentos e conhecimentos compartilhados face à sexualidade humana, por meio de um trabalho que visa revalorizar o diálogo, o autoconhecimento e uma melhor integração entre sentir, pensar e agir (AFONSO, 2000).

O Ministério da Saúde prevê a garantia dos direitos à liberdade, à igualdade sem distinção de raça, sexo, orientação sexual ou qualquer outra forma de discriminação. Garante ainda o acesso integral à saúde, incluindo prevenção de doenças, violência e atividades culturais que melhorem a qualidade de vida, tanto na área urbana como rural (BRASIL, 2005).

O processo de educação sexual não deve ser exercido como uma domesticação, mas como uma oportunidade de autorreflexão. Assim, o indivíduo pode se estabelecer como sujeito, com visão crítica, exercendo uma práxis transformadora sobre seu comportamento sexual. Esse papel também deveria estar sendo desempenhado pela escola, lugar onde se dá o processo de aprendizagem e que inclui o conhecimento sobre o exercício da sexualidade (JEOLÁS; FERRARI, 2003). A abordagem da sexualidade nesse grupo de jovens é extremamente oportuna, pois os adolescentes vêm apresentando apelo a essa temática adotando práticas e/ou comportamentos que os deixam sob maior exposição ao risco de IST, sem se considerarem sujeitos dela (BRASIL, 1998; DIAS; BUENO, 2008). Este estudo teve como objetivo conhecer os aspectos vivenciados da sexualidade entre adolescentes de 12 a 17 anos, remanescentes de quilombos da comunidade do Castainho, em Garanhuns, Pernambuco. Para compreender e interpretar os eventos sociais de uma pesquisa, considera-se o sujeito do estudo, em determinada condição social, pertencente a um determinado grupo ou classe social com suas crenças, valores e significados (MINAYO, 2010).

O estudo buscou compreensão do comportamento jovem em relação à iniciação sexual sob enfoque de gênero. O desenvolvimento do trabalho emergiu da necessidade de identificar os aspectos da sexualidade entre adolescentes quilombolas, pertencentes a grupos sociais de maior vulnerabilidade, para entender as condições do comportamento sexual e oferecer um espaço para discussão da vivência daqueles.

Procedimentos metodológicos

Foi realizado um estudo qualitativo com amostra intencional utilizando-se a técnica de grupo focal. Tal pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família do

Castainho, que é mantida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Garanhuns, Pernambuco, uma vez que esta assistência é voltada para a atenção básica, visando à prevenção de agravos, ações de promoção e recuperação da saúde.

A comunidade trabalhada está situada na zona rural, localizada na mesorregião do Agreste pernambucano, onde residem cerca de 110 famílias, com uma média de 632 habitantes. Foram selecionados 4 adolescentes do sexo masculino e 12 do sexo feminino, por meio do critério de inclusão: ser adolescente da área de abrangência da Unidade Saúde da Família do Castainho, aceitar participar da pesquisa e responder a entrevista de diagnóstico inicial, elaborada pela própria autora, como também frequentar as reuniões no grupo focal (Figura 1).

Foram realizados sete encontros, que ocorreram na biblioteca em anexo à Unidade Básica de Saúde (UBS) do Castainho, com a participação de todos em cada encontro, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos adolescentes e seu responsável legal. O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco – CEP/UPE, obtendo parecer favorável (protocolo CEP/UPE nº 236/09).

Para fazer um diagnóstico inicial dos adolescentes e identificar a temática da sexualidade, foi aplicada a entrevista estruturada, composta por caracterização sociodemográfica destes jovens e informações sobre sua vivência sexual. As reuniões do grupo focal foram programadas utilizando-se como questões norteadoras do encontro: Qual a sua opinião a respeito de quando o sexo deve ser iniciado? O que você poderia dizer sobre sua vivência sexual?

Essas reuniões foram gravadas e transcritas na íntegra e submetidas à análise do conteúdo, segundo a metodologia de Bardin (2009). Foram utilizados pseudônimos de nomes próprios afrodescendentes para preservar a identidade dos mesmos.

Resultados e discussão

As diversas relações sociais dos adolescentes merecem destaque pelos fatores que interferem na sexualidade, considerando-se a importância de um processo que se inicia na infância e que traz repercussões na vida adulta.

Figura 1. Fotos dos adolescentes participantes.



Fonte: arquivo pessoal - Castainho, 2010.

Nos discursos, a maioria dos adolescentes tem dificuldade em falar sobre sexo com os pais; entretanto, as conotações apresentadas por cada membro do grupo são diferentes. Discutir com os pais sobre o início da relação pode representar para estes que os filhos estejam desejando ter ou já tenham uma vida sexual. A falta de diálogo familiar é representada pelos adolescentes:

O meu pai e minha mãe não gostam de falar[...] acham que é coisa feia. (Chikosi, 13 anos, sexo masculino).

Eu acho que os pais não falam porque tem vergonha. Mas, deve ser algo muito bom. Dizem que dá prazer. (Chuguel, 14 anos, sexo masculino).

[...] minha mãe nem sabe o que é isto. (Kali, 12 anos, sexo feminino).

Eu acho que os pais devem falar sobre isso. Meu pai só procura o filho homem para conversar e já não fala na frente das meninas. (Adamu, 15 anos, sexo masculino).

Os adolescentes evitam falar sobre a vida afetiva, temendo alguma reação dos pais, parentes e vizinhos, para não tornarem de domínio público questões particulares. Acredita-se que há um sentimento de medo e vergonha por parte das meninas em revelar o próprio exercício

sexual, de sua exposição pública na família ou na comunidade (BRANDÃO, 2009). As famílias não mantêm com seus filhos diálogo sobre o tema. Além disso, precárias iniciativas de formação em sexualidade, gênero e saúde reprodutiva nas escolas e falta de espaço nas unidades de saúde não conduzem a uma abertura ao acolhimento desses jovens (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Na visão desses adolescentes, os pais não estão preparados e não sentem segurança para discutir com os filhos questões sobre sexualidade. Alguns destacaram a importância de os pais adquirirem mais conhecimento para que essa realidade de distanciamento e silêncio seja modificada.

Às vezes minha mãe conversa comigo sobre sexo [...] (Halima, 16 anos, sexo feminino).

Acho que os pais podem conversar com os filhos [...] (pausa). É algo normal [...] e ajudam a tirar dúvidas. (Sabra, 17 anos, sexo feminino).

O meu pai é muito fechado, mas minha mãe é mais aberta para isso [...]. (Ifê, 14 anos, sexo feminino).

Eu acho que o pai só fala de sexo com o filho homem [...]. (Pandu, 16 anos, sexo masculino).

Os adolescentes relataram uma maior abertura em conversar com as mães sobre sexualidade e outros assuntos ligados à vida afetiva. O comportamento desses adolescentes em outros momentos das reuniões caracterizou-se pela facilidade em expressar suas opiniões, houve maior naturalidade para discutir os temas propostos, mais firmeza nos posicionamentos. Essa constatação leva a repensar sobre como um relacionamento de família, pautado no diálogo, contribui para o dia-a-dia de pais e filhos.

Santos e Bruns (2000) afirmaram que o não falar sobre sexo é uma forma de omissão dos pais em se comunicarem com os filhos e transmitirem uma mensagem subentendida de que sexo é algo errado em si mesmo, um assunto que não deve ser discutido. Há um descompasso entre pais e filhos centrado na ausência do diálogo em relação ao sexo, omissão, respostas

incompletas, censuras, dificuldades de comunicação, ignorância e pouca disponibilidade de tempo, dentre outros fatores. Tomita e Ferrari (2007) ressaltam que o quanto antes se discutir sobre a sexualidade, menor poderá ser a probabilidade dos agravos a ela relacionados, como a gravidez na adolescência e IST.

Compreende-se que o diálogo entre pais e filhos interfere na relação familiar e, em muitos casos, essa comunicação ocorre por meio de acusações, pois o filho lamenta a falta de diálogo e os pais criticam e reprimem as ações dos filhos (SHINYASHIKI, 1992).

Em vários momentos da reunião, discutiu-se sobre o relacionamento familiar, e os adolescentes demonstraram que, no cotidiano, com seus pais, há muitas cobranças e ainda sentimentos de decepção por não serem reconhecidos na busca do diálogo das suas vivências sexuais. Evidenciaram que há um comportamento diferenciado da relação com os filhos do sexo masculino por haver uma maior liberdade de vivenciar a sua sexualidade. Nos relatos dos adolescentes sobre o comportamento de seus pais, percebeu-se que, atrás do distanciamento entre pais e filhos, estão presentes muitos mitos, tabus e censuras na área da sexualidade que acompanham diferentes gerações e que tornam mais difícil o diálogo. Mostram um limite tênue entre a omissão, invasão, respeito, direito e liberdade no exercício da sexualidade.

Nesse grupo, independentemente da idade, fica evidente a dificuldade de pais e filhos discutirem sobre iniciação sexual, sendo que essa situação agrava-se ainda mais quando os adolescentes convivem com padrastos e madrastas.

Os adolescentes mencionam a figura materna como provedora da família, assumindo a responsabilidade da casa e criação dos filhos. A presença da avó apareceu em vários relatos, assumindo responsabilidades na criação das netas, porém sem substituir a figura materna no olhar das meninas, como reforça discursos abaixo:

Ela não é minha mãe... ela me cria. (Etana, 14 anos, sexo feminino).

Morar com parentes é péssimo [...] queria morar com minha mãe. (Adha, 15 anos, sexo feminino).

Na maioria dos discursos, foi pouco mencionada a figura paterna e, quando referenciada, mostraram um pai repressor e distante dos filhos, o que naturaliza essa ausência de diálogo entre pais e filhos.

Uma exceção do comportamento paterno foi apresentada por uma adolescente: o pai, ao saber que ela estava tendo relações sexuais com o namorado, foi mais compreensivo que a mãe e alertou-a quanto aos perigos de doenças e gravidez. Esse relato causou surpresa no grupo e gerou discussões sobre a rigidez dos pais em questões referentes à sexualidade, principalmente quando a questão envolve a filha.

Quando tive relações, meu pai descobriu, logo depois engravidei. Eles ficaram do meu lado. Foi difícil... mas enfrentei, senti apoio. Hoje eles amam meu filho! (Remba, 15 anos, sexo feminino).

Em relação às meninas adolescentes, reconheceram que existe uma constante preocupação dos pais com a gravidez das filhas. Inúmeros foram os relatos de reações violentas dos pais em relação às filhas diante de uma situação concreta de gravidez. Esse comportamento gera mais sofrimento e apreensão nas meninas que admitiram as inúmeras consequências e mudanças que iriam acontecer em suas vidas com o advento de uma maternidade.

Nos discursos, percebe-se um comportamento diferenciado dos pais em relação à criação dos filhos e filhas, o que interfere na formação da identidade dos gêneros. Assim, os meninos e meninas pensam e agem de maneira bem distinta. A comunidade também interfere nessa distinção, com seus comentários em relação à iniciação sexual, que tem significados e consequências diferentes para ambos os sexos. De um lado, há um reforço à virilidade masculina, de outro, a desvalorização da condição feminina.

Os meninos adolescentes são estimulados pela sociedade a iniciar a vida sexual como prerrogativa da virilidade e do direito ao prazer. Caso ocorra uma gravidez, poucos assumem a paternidade, sendo esse comportamento aceito pelos próprios pais e adolescentes de ambos os sexos (BORGES *et al.*, 2007). Os meninos se interessam pela relação sexual no início da adolescência

e não se preocupam com suas consequências, podendo-se condicioná-los a uma exposição aos fatores de risco. Em alguns casos, são estimulados pela própria família e amigos para iniciar as relações sexuais como forma de assumir a masculinidade.

As meninas são mais repreendidas pelos familiares e desenvolvem temores em relação à gravidez e IST, como também receiam ficar 'faladas' na comunidade, ou seja, que tenham comentários sobre sua vida íntima. Assim, o medo de decepcionar os pais, a possibilidade de ser expulsa de casa, a postura pouco responsável do namorado, alguma reação violenta dos familiares e a dependência financeira mostram-se como sentimentos ambivalentes que as impedem de assumir a própria sexualidade.

Para Scott *et al.* (2002), as meninas são as encarnações da valorização da família, da sexualidade e do seu controle próprio, enquanto que os meninos estão em constante procura de afirmação num ambiente extradoméstico, o ambiente do mundo incontrolável que os ameaça e lhes fornece um recurso para se representarem como provedores de segurança doméstica.

Os mitos e tabus contribuem para a repressão da mulher na área da sexualidade. Os pais desse grupo demonstram um comportamento punitivo, repressor em relação à iniciação sexual das filhas e com muitas cobranças que reforçam a responsabilidade unilateral da mulher diante da gravidez e maternidade. Para Sousa *et al.* (2006), esses tabus refletem-se mais marcadamente no ambiente familiar, dado que os pais tendem a ser mais rígidos com as meninas. As desigualdades de gênero condicionam os indivíduos a assumirem padrões de comportamento distintos. Assim, o ser adolescente é culturalmente direcionado a pensar e agir de acordo com a natureza de seu sexo.

Esses comportamentos foram diferenciados e evidenciados nas discussões relativas à gravidez e relação sexual:

Acho que o menino tem mais liberdade de fazer o que quer...o pai deixa sair mais e incentiva a ter relação que é para ficar (macho) [...] (risos no grupo). (Adamu, 15 anos, sexo masculino).

As meninas disseram não concordar com o comportamento masculino, mas reconheceram que ele ocorre, com muita frequência, na realidade em que vivem.

Os discursos refletiram uma acomodação do grupo no que tange a relações desiguais entre homens e mulheres no exercício da sexualidade, reforçando indiretamente os direitos masculinos e deveres femininos.

Estudos evidenciam o comportamento diferenciado de meninos e meninas em situações relacionadas à iniciação sexual, gravidez e aborto e que apresenta uma maior responsabilidade da mulher, especialmente na fase da adolescência e com repercussões na vida adulta (GUIMARÃES; COLI, 1998; COSTA, 2002; MARTINS, 2002; CARVALHO *et al.*, 2005).

O discurso das meninas reforça essas diferenças com a manifestação de sentimentos de amor e carinho como requisitos indispensáveis para decisão de iniciar a relação sexual. As expectativas do sexo feminino estão centradas no desejo e prazer, havendo uma disparidade entre o real e o imaginário, com o intuito de encontrar um namorado que preencha todas as expectativas, conforme os seguintes depoimentos:

Acho que sexo é vida, tem que ter amor. Só quero que a minha primeira vez seja com amor e com a pessoa certa. (Pulika, 14 anos, sexo feminino).

Eu acho que sexo deve ser feito com responsabilidade e com a pessoa que amo e não importa quando. (Ghipe, 15 anos, sexo feminino).

O sexo é importante na vida de qualquer pessoa e deve ser feito com muito amor e não só por prazer; A gente vê muito sexo forçado e isso não é bom [...] Acho que pode iniciar com 17 anos. (Adha, 15 anos, sexo feminino).

As meninas apresentam temores em relação à iniciação sexual, destacando a possibilidade de dor na relação, gravidez, IST e o medo da reação dos pais e dos comentários na comunidade em que vivem. Alguns estudos possibilitaram reconhecimento dos temores dos adolescentes em relação à primeira relação sexual; do sexo feminino destacaram-se o medo de doer, de se arrepender, de engravidar; quanto ao sexo masculino, o receio de 'brochar' e de como seria seu desempenho na relação (URNAU *et al.*, 2005).

Durante os discursos, foi mencionada a prática do 'ficar', que, para o grupo, representa relacionamentos

eventuais, com troca de carícias sem haver um compromisso e sem cobranças na relação afetiva. O 'ficar' pode se transformar em um relacionamento mais duradouro, dependendo da segurança que se tem para o compromisso e o vínculo amoroso. Seguem os depoimentos:

Eu já fiquei com uma menina sem gostar, é porque ela estava me procurando e eu tinha que mostrar para todo mundo que era macho [...] (pausa), depois eu fiquei gostando dessa menina [...]. (Adamu, 15 anos, sexo masculino).

Às vezes a gente fica, para saber se gosta mesmo do menino [...] e depois fica outras vezes [...] até começar namorar. (Ifê, 14 anos, sexo feminino).

O sexo deve ser praticado com responsabilidade, mas, às vezes, tem gente que não conhece bem e já fica e transa, por isso pode engravidar ou pegar doença. Acho que deve conhecer melhor o menino; acho que pode começar a ter relação com 17, 18 e 19 anos. (Faiza, 15 anos, sexo feminino).

A prática do 'ficar' surgiu na segunda metade dos anos 1980, causando certa apreensão entre os pais, por apresentar novas regras de relacionamento afetivo. Essa prática desencadeou situações benéficas; entretanto, no comportamento de meninas e meninos, possibilita uma revisão dos próprios papéis e maior liberdade de expressão dos sentimentos por ambos os sexos. Além disso, o 'ficar' caracteriza uma relação descompromissada, embora a pessoa esteja afim da outra. E esse ato de 'ficar', por não haver uma relação sexual planejada e prevenida, pode ocasionar consequências como uma gravidez indesejada ou IST, em virtude do impulso e das emoções do momento (HEIDEMANN, 2006; JUSTO, 2005).

A fase da experimentação afetiva chamada de 'ficar', entre adolescentes, sempre existiu, sendo reconstruída, de uma forma singular, em cada momento histórico. Em décadas passadas, os relacionamentos eventuais eram denominados de 'paquera', 'olhadela' etc. Tais relacionamentos propiciam aos adolescentes aprenderem a respeito do outro, da sexualidade e dos sentimentos

(GONÇALVES; GODOI, 2002). Para os meninos, é permitida uma maior liberdade de comportamento, sendo incentivada pelo grupo que reforça o poder de virilidade masculina, e as meninas assumem uma conotação desvantajosa, como é percebido nos depoimentos:

Quando a gente fica com um menino, depois com outro, já fica falada aqui na comunidade. (Halima, 16 anos, sexo feminino).

[...] quando fica com uma menina, os outro pergunta se já aconteceu e ainda é chamado de donzelo, quando não acontece nada [...]. (Pandu, 16 anos, sexo masculino).

Nesse estudo, o medo apresentado pela maioria das meninas adolescentes foi a possibilidade de gravidez, considerada a 'pior delas', sendo colocada em diferentes momentos das discussões. Apesar de a maioria desses adolescentes não terem experiências no campo da relação sexual, há dúvidas e questionamentos, como o de ser desprezada pelo companheiro, por isso vivenciam a sexualidade com culpa e sentimentos ambivalentes; de um lado, o desejo de vivenciar novas experiências e, de outro, a repressão da família, o preconceito do meio social, como também a necessidade de redirecionar suas vidas e de assumir a criação do filho.

Os relatos confirmam esses medos, que refletem situações concretas vividas por elas:

O meu maior medo é engravidar, e se ficar sozinha pra cuidar do filho, tem menino que nem liga [...] Já aconteceu com minha prima. (Nadia, 14 anos, sexo feminino).

Tenho muita vontade, né [...]? Mas e aí tenho medo de brochar na hora lá [...] (risos no grupo). (Chikosi, 13 anos, sexo masculino).

Acho que pode doer quando acontecer [...] aí pode doer mesmo! (Kali, 12 anos, sexo feminino).

[...] e se na hora a camisinha rasgar? (risos). Pode até pegar doença [...]. (Adamu, 15 anos, sexo masculino).

Quando isso acontece a gente sofre muito e ainda fica na boca do povo. Minha mãe fala muito para ter cuidado, que meu pai não tem pena não [...] tem de criar sozinha. (Ghipe, 15 anos, sexo feminino).

Nas relações amorosas e nos conflitos humanos ligados ao desempenho do papel afetivo-sexual, não existem fórmulas para superação. Cada ser humano constrói seu caminho de forma singular e gradativa, na busca de relacionamentos autênticos e prazerosos (COSTA, 2002).

Para os adolescentes que estão iniciando suas experiências afetivo-sexuais, as emoções borbulham e os conflitos são muito frequentes e intensos, gerando muita ansiedade para solução imediata dos mesmos. A evolução do jovem, em relação ao estabelecimento da sexualidade madura e completa, é um processo complexo. Às vezes difícil, cheio de conflitos e crises, como também de momentos maravilhosos de paixão, descoberta e realizações (BECKER, 2003).

Em uma análise global, foram evidenciados aspectos interligados e, ao mesmo tempo, contraditórios na concepção do feminino e masculino, apontando as relações de poder presentes no processo da iniciação sexual dos adolescentes. A compreensão das relações de poder é fundamental na discussão acerca da sexualidade. Partindo dessa concepção, há um exercício produtivo das relações sociais que questiona a existência de um poder único, hegemônico, externalizado como repressor, associado, muitas vezes, a classes sociais, relações de gênero e ao Estado (FOUCAULT, 2005).

Inúmeras situações relatadas pelo grupo retrataram as relações de poder no cotidiano vivido, apresentando poucas reações ou resistência a elas. Essas questões evidenciam formas específicas de poder e reforçam papéis assumidos por homens e mulheres em diferentes gerações, repercutindo na formação da identidade dos adolescentes.

As análises dessas relações identificam o significado atribuído ao masculino e ao feminino para compreender as consequências de viver como homens e mulheres dentro de práticas sociais concretas. Para Heilborn *et al.* (2006), o exame das relações de gênero permite desvendar roteiros pré-estabelecidos que orientam as

condutas do sujeito. Desse modo, masculinidade e atividade estão associadas por oposição a feminilidade e passividade. Tal sistema ordena as relações entre pessoas do mesmo sexo ou entre sexos opostos.

Neste contexto, o papel do cuidar é atribuído à mulher e passa por diferentes gerações, sem contestação de ambos os sexos. Ao cuidar da família, a mulher reforça privilégios masculinos e responsabilidades femininas na área da sexualidade. As atitudes e papéis claramente atribuídos a cada um dos gêneros, as relações sexuais entre homens e mulheres são vividos como fruto da espontaneidade: é culturalmente pouco provável que uma primeira relação sexual seja discutida ou preparada. Esse cenário é extremamente revelador do modo como as prescrições culturais hegemônicas, acerca do gênero, modelam a feminilidade em torno da maternidade e a masculinidade sob o signo da sexualidade (HEILBORN *et al.*, 2006).

A reflexão sobre essa realidade vivida pelos adolescentes construída socialmente e culturalmente reforçaram a importância de se levar em conta as relações de gênero para compreender a construção singular do pensamento feminino e masculino, entender as pressões sociais sofridas por esta geração, os princípios e sentimentos que norteiam suas atitudes e comportamentos. As questões de gênero apresentam estreito vínculo com diferentes atividades da vida cotidiana e interferem nas relações sociais. O entendimento dessas questões contribuiu para aprimorar o conhecimento de alguns aspectos da vivência sexual e da iniciação sexual neste grupo, considerando-se os seus significados.

Considerações finais

O presente estudo teve como temática conhecer os aspectos da vivência da sexualidade entre adolescentes de 12 a 17 anos, remanescentes de quilombos. Construiu-se um diagnóstico coletivo dos determinantes comportamentais da saúde sexual. Possibilitou, com estratégia de grupo focal, uma maior familiaridade com o depoimento dos adolescentes quilombolas sobre a sexualidade.

O conhecimento dos adolescentes acerca da iniciação sexual mostrou-se como um momento importante

de escolha e definições dos significados da vivência da sexualidade. Sentimentos diferenciados se agrupam ambigualmente: o desejo e o medo, principalmente entre as meninas. Os depoimentos expressaram aspectos sobre a sexualidade no contexto das relações com os pais, dos significados de uma gravidez e as diferenças de gênero. As questões de gênero mostram-se imprescindíveis à compreensão dos processos na construção dos sujeitos sociais, da lógica que direciona a organização dos papéis propostos para o sexo feminino e masculino, das interferências nas relações de gênero e em decisões dos adolescentes no que tange à sexualidade.

Foi construído um espaço de expressão e reflexão dos participantes pela possibilidade de descobrir novas emoções, já que a maioria não havia iniciado a atividade sexual. O sentimento de medo, por outro lado, refere-se à possibilidade de uma gravidez e de suas consequências, tais como: repressão e desprezo dos familiares e do namorado, os comentários na comunidade a respeito da sua iniciação sexual, as cobranças feitas e as responsabilidades geradas pela maternidade e, ainda, o resultado de assumir sozinha a criação dos filhos. Essas ideias estão ancoradas no senso comum deste grupo, considerando-se os conceitos que estão enraizados no cotidiano das famílias desta comunidade.

Os resultados desta investigação podem servir de subsídios para futuros trabalhos direcionados aos jovens, como forma de executar ações de saúde voltadas à singularidade desse grupo, a fim de instrumentalizá-los a ter responsabilidade nas decisões sobre a sexualidade, considerando-se as questões sociais e culturais específicas e seus direitos sexuais, reprodutivos e de cidadãos. Mostram a necessidade de planejar ações, bem consolidadas, de atenção integral à saúde desses adolescentes.

O estudo contribuiu para buscar o significado da vivência da sexualidade em adolescentes de comunidade quilombola, que vivem em condições socioeconômicas baixas. Fornece subsídios para trabalhos destinados à prática de profissionais de saúde que atuam em Programas de Saúde da Família, especialmente em grupos com vulnerabilidade social, buscando oferecer maior conscientização e participação dos mesmos nos serviços de saúde para prevenção dos agravos como gravidez indesejada, abortamentos e IST. ■

Referências

- AFONSO, L. *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2000.
- ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidades no uso de contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 661-670, 2009.
- BAR DIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BECKER, D. *O que é adolescência*. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2003.
- BESERRA, E.P. et al. Adolescência e vulnerabilidades às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 20, n. 2, p. 611-620, 2008.
- BORGES, A.L.V. et al. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 7, p. 1583-1594, 2007.
- BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, n. 2, p. 163-170, 2005.
- BRANDÃO, E.R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1063-1071, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDS no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. *A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. *Marco legal: saúde, um direito dos adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL, K.T. et al. Fatores de Risco na adolescência: discutindo dados do DF. *Cadernos de Psicologia e Educação*, v. 16, n. 35, 2006.
- CARVALHO, A.M. et al. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. *Estudos de Psicologia*, v. 10, n. 3, p. 377-384, 2005.
- COSTA, M. *Sexualidade na adolescência: dilemas do crescimento*. 5. ed. Porto Alegre: L&PM, 2002.
- DIAS, A.; BUENO, S.M.V. Programa Educativo sobre Sexualidade, DST/Aids e sexo seguro do Curso técnico de Enfermagem: um relato de experiência. *Nursing: Revista Técnica de Enfermagem*, v. 58, n. 6, p. 13-21, 2008.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.
- GONÇALVES, B.D.; GODOI, M.B. Sexualidade e afetividade: o que é isto? In: CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M. (Orgs.). *Adolescência*. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 61-82.
- GUIMARÃES, B.E.M.; COLI, A.S. *Gravidez na adolescência*. Goiânia: UFG, 1998.
- HEIDEMANN, M. *Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- HEILBORN, M.L. et al. (Orgs.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006.
- JEOLÁS, L.S.; FERRARI, R.A.P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.
- JUSTO, J.S. O'fícar' na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso de contemporaneidade. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, v. 17, n. 1, p. 61-77, 2005.
- MARTINS, D.A. *A sexualidade sob o ponto de vista de adolescentes do sexo feminino*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MURAKAMI, J.K. et al. Talking about sexuality, sti and aids with poor adolescents. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 15, n. especial, p. 864-866, 2007.
- ROMERO, K.T. et al. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, p. 14-19, 2007.
- SANTOS, C.; BRUNS, M.A.T. *A Educação Sexual pede Espaço: novos horizontes para práxis pedagógica*. São Paulo: Ômega, 2000.
- SCOTT, R.P. et al. Jovens populares urbanos e gênero na identificação de demandas de saúde produtiva. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19, n. 2, 2002.
- SHINYASHIKI, R. *Pais + filhos, companheiros de viagem*. 6. ed. São Paulo: Gente, 1992.
- SOUSA, F.B. et al. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no controle familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 408-13, 2006.
- TOMITA, T.Y.; FERRARI, R.A.P. Adolescência e sexualidade o cotidiano da equipe de enfermagem do Serviço de Atenção Básica de Saúde. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 28, n. 1, p. 39-52, 2007.
- URNAU, L.C. et al. Você sabe o que é sexo: sobre um trabalho com oficinas de sexualidade junto com adolescentes. *Revista Eletrônica de Extensão-UFSC*, v. 3, p. 1-18, 2005.

Recebido para publicação em Dezembro/2010
Versão definitiva em Abril/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

A reprodução social na saúde do trabalhador: o desenvolvimento de políticas na fruticultura irrigada de Petrolina-PE

The social reproduction in the worker health: policy development in the irrigated fruit production of Petrolina-PE

Lady-Anne Pereira Siqueira¹, Juliana Sampaio², Cheila Nataly Galindo Bedor³, Lia Giraldo da Siva Augusto⁴

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.
ladyband-aid@hotmail.com

² Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande.
julianasmp@hotmail.com

³ Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da FIOCRUZ; Professora Adjunta do Colegiado de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Vale do São Francisco.
cheila.bedor@univasf.edu.br

⁴ Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas; Pesquisadora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da FIOCRUZ.
giraldo@cpqam.fiocruz.br

RESUMO Para o estudo da saúde do trabalhador, deve-se considerar o contexto local em todas as suas dimensões como condicionantes de riscos, incluindo as situações de risco relacionadas à reprodução social política. Este trabalho retrata algumas ações públicas realizadas na região fruticultora de Petrolina, no Pernambuco, por meio da coleta de dados secundários. Identificou-se que as políticas públicas de Proteção ao Meio Ambiente, de Atenção à Saúde e de Segurança Pública e Assistência Social existentes são insuficientes para atender a demanda local e que a ausência de políticas públicas intersetoriais se caracteriza como uma das principais situações de risco na saúde do trabalhador da região.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Promoção da saúde; Políticas públicas; Matriz de reprodução social.

ABSTRACT *In order to study the worker's health, one must consider the local context in all its dimensions as determinants of risks, among these, the risk related to social policies. The purpose of this study is to understand some public actions taken in the irrigated fruit farming of Petrolina, in Pernambuco state, through the collection of secondary data. It was identified that public policies for the Protection of the Environment, Health Care and Public Security, and Social Assistance are insufficient to meet local demand and the lack of intersectoral public policies is characterized as a major risk for the worker's health in the region.*

KEYWORDS: Occupational health; Health promotion; Public policies; Social reproduction matrix.

Introdução

O conceito de Políticas Públicas tem sido frequentemente trabalhado em áreas e setores políticos específicos. Entretanto, é possível compreender políticas públicas como um termo amplo e abrangente, entendendo-as como ações públicas que tentam regular os problemas públicos, ou seja, que surgem no bojo de uma sociedade e que têm relevância social (TEXEIRA, 1997).

Estas políticas, na verdade, devem responder problemas sociais que surgem a partir de demandas e tensões geradas na sociedade, com magnitude e relevância social para serem postos na agenda de prioridades de um determinado órgão fomentador de políticas, o qual pode ser, ou não, estatal (SAMPAIO; ARAÚJO JR., 2006).

Segundo Contrandriopoulos *et al.* (1997), ao se formular e implementar uma determinada política pública, deve-se levar em conta questões de ordem objetiva, relacionadas com equipamentos públicos, serviços, disputas políticas, locação de recursos, entre outros, e questões de ordem teórica, como concepções de sujeitos sociais, cidadania e inclusão social. Juntas, essas determinações refletem o perfil da administração pública.

A saúde do trabalhador está intrinsecamente relacionada com o desenvolvimento local e suas transformações. Neste caso, deve-se considerar o contexto local em todas as dimensões biológica, social, cultural, ecológica, econômica e política, identificando os condicionantes das situações de riscos para a saúde do trabalhador.

Para Ynoub e Samaja (1997), a análise dos condicionantes de situação se trata de um modelo que permite selecionar e organizar as variáveis, a partir da identificação dos tipos de problemas de saúde. Sua sistematização parte da colaboração dos próprios atores institucionais, valorizando-se a construção e a problematização do contexto em coletividade, assegurando assim a construção de um diagnóstico basal. Esta proposta permite a introdução da unidade de análise 'espaço-população', compreendendo as reproduções e transformações sociais, a partir das relações dos sujeitos com seu entorno. Ela se sustenta, ainda, em duas concepções fundamentais: o ambiente de desenvolvimento da saúde do trabalhador e a reprodução e transformação social.

El concepto de problema es inseparable del concepto de reproducción, ya que un problema se constituye como un trastorno sobre el fondo de un cierto curso esperado; una cierta continuidad de prácticas que se aguarda como normal: el problema consiste precisamente en su interrupción. (YNOUB; SAMAJA, 1997, p. 6).

Sendo assim, pode-se compreender que a saúde do trabalhador se constitui em contextos que se configuram a partir de práticas sociais, as quais mantêm a reprodução e transformação social. O contexto deve ser, então, monitorado em toda a sua complexidade, permitindo a vigilância em saúde do trabalhador, com vistas à promoção do desenvolvimento sustentável, ou seja, busca-se fazer a vigilância dos contextos e situações de risco (monitorar, avaliar etc.), contribuindo para a transformação social que permita o desenvolvimento local saudável e sustentável nos aspectos sociais, ambientais, políticos e econômicos.

A proposta de reconhecer a complexidade dos fenômenos, os quais se estruturam a partir de um conjunto de elementos que se codeterminam, não é algo inusitado. Trabalhos como os de Garcia (1996), Machado (1997), Oliveira (2005), Augusto e Branco (2003), Gurgel *et al.* (2009), entre outros, propõem a compreensão do ambiente em sua complexidade, no qual intervem processos sociais, culturais, econômicos e políticos, buscando assim uma abordagem interdisciplinar para seu estudo.

Ainda nesta perspectiva, a promoção da saúde do trabalhador, assim como a de toda população, está em completa dependência da qualidade do ambiente e dos modelos de produção em que estes indivíduos se encontram.

Este trabalho visa retratar algumas ações públicas realizadas na região do Vale do São Francisco, especialmente no município de Petrolina, no estado de Pernambuco, buscando evidenciar sua relação com os principais condicionantes da situação de risco relacionados com a reprodução política, os quais interferem na saúde do trabalhador do polo fruticultor dessa região.

A análise ora desenvolvida foca nos condicionantes das situações de risco relacionados à reprodução política. Esta análise, então, torna-se uma adaptação da proposta

metodológica de Samaja (2000), o qual propõe trabalhar com quatro níveis da reprodução social (Biocomunal; Comunal-Cultural; Social e Ecológica-Política). No presente estudo, propõe-se o desdobramento das reproduções político-ecológica, no qual Samaja se reporta ao processo de interdependência, mediada pelos seres humanos entre as condições ambientais, as relações sociais, comunais-culturais e biocomunais. Neste, a utilização do termo ‘reprodução política’ passa a focar as políticas hegemônicas dentro do aparelho estatal. Com isso, busca-se fornecer maior enfoque sobre as políticas públicas desenvolvidas no campo da vigilância da saúde do trabalhador, utilizando-se, na perspectiva da intersectorialidade, das mais variadas ações programáticas de saúde, educação, previdência, entre outros.

Quanto à reprodução política, compreende-se o conjunto de políticas públicas e/ou sociais que organizam o desenvolvimento da fruticultura local e interferem nas condições de vida do trabalhador. Deve-se compreender, ainda neste eixo interpretativo, a ausência de políticas e ações específicas como tão relevantes quanto às políticas existentes. Isto porque compreende-se que a não-construção ou efetivação de uma determinada ação política irá influenciar diretamente no contexto em estudo, refletindo, em última instância, um posicionamento (escolha) político dos atores na determinação das prioridades locais.

Segundo Augusto (2005), os condicionantes devem, por sua vez, ser analisados tanto no macro, como no microcontexto, compreendendo-se, assim, que toda reprodução se estrutura em articulação com outros contextos e reproduções maiores. Desta forma, pensar a fruticultura em Petrolina implica em considerá-la no semiárido nordestino, no Brasil e no mundo.

Metodologia

O presente estudo pautou-se na utilização de dados secundários e entrevistas para caracterizar o contexto político do polo fruticultor de Petrolina. Foram utilizados dados disponibilizados em 26 instituições e organizações da sociedade civil de Petrolina, os quais eram ligados à saúde do trabalhador em diversos aspectos. A busca de informações nestas fontes de dados foi orientada

a partir da proposta por Samaja (2000): ‘sistemas de matrizes de dados’.

Dentre as instituições, foram procurados serviços e organizações nos setores: da saúde (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador – CEREST, Secretaria Municipal de Saúde, Centros de Apoio Psicossocial – CAPS e no Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico – COAS); da Assistência Social (Previdência Social, Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude e Cidadania, Secretária de Defesa Social e Secretaria de Defesa Civil); da segurança pública (Delegacia da Mulher, Delegacia do Trabalho e Ministério Público); dos movimentos sindicais (Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Petrolina e Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Pernambuco – FETAPE); Instituições de Ensino e Pesquisa (Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano); além de outros órgãos vinculados às questões rurais (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA, Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA e Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba – CODEVASF).

Várias dificuldades se apresentaram na coleta e sistematização dos dados concernentes às políticas públicas desenvolvidas pela prefeitura de Petrolina, voltadas para o trabalhador rural da fruticultura na região. Isso porque os órgãos diretamente ligados à Prefeitura não têm disponíveis registros de ações ou investimentos feitos para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores rurais. Em alguns serviços públicos visitados, os dados referentes aos trabalhadores do polo fruticultor não existiam e/ou ainda não estavam consolidados (documentados). A exceção disto, o CAPS-AD, no momento da pesquisa, estava elaborando um documento interno sobre o perfil epidemiológico da região.

De forma geral, foram poucos os documentos obtidos nas organizações visitadas. Como estratégias de enfrentamento desta dificuldade, foram realizadas entrevistas com informantes-chaves das instituições, complementando os dados secundários com aqueles primários, os quais foram obtidos a partir dos relatos livres dos atores sociais.

Com estas estratégias de coleta de dados, foram elencados 68 documentos, entre estes: institucionais (relatórios, tabelas e sistemas de informação); materiais de comunicação social (jornais, *folders* e cartilhas); textos acadêmicos (relatórios de pesquisa, artigos científicos e livros) e entrevistas.

Os documentos foram coletados entre outubro de 2007 a fevereiro de 2008 e para atendimento das exigências éticas do estudo, todas as instituições e atores participantes da pesquisa assinaram termos de consentimentos.

Os dados foram utilizados para a caracterização do município e seu principal processo produtivo e para a descrição da reprodução política local.

Resultados e Discussão

Breve apanhado do desenvolvimento político e econômico da região

Tendo como foco a relação entre os condicionantes de risco e a implementação (ou não) de políticas públicas na região, torna-se relevante expor um breve apanhado sobre o desenvolvimento político e econômico que contribuiu para o desenvolvimento do Vale do São Francisco e, especificamente, de Petrolina, como polo fruticultor.

Desde meados da década de 1940, até o fim dos anos 1980, as represas e esquemas de irrigação construídos no Rio São Francisco foram vistos e descritos como sinais de salvação tecnológica para o Nordeste, que é a região mais pobre do Brasil. Os grandes projetos hidráulicos propostos e construídos pelo Governo Federal, com apoio de grandes investidores nacionais e multinacionais, fazem parte historicamente de um discurso nacional de modernização (ANDRADE, 2005).

De fato, os recursos viabilizados pelo Banco Nordeste e Banco do Brasil, por meio das mais diversas fontes de financiamento, que incluem o Fundo Constitucional para o Desenvolvimento do Nordeste, o Fundo de Amparo ao Trabalhador e o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, entre outros, foram responsáveis pela expansão da fruticultura na região e pela inclusão da pequena produção nesse espaço econômico, até então dominado pelas grandes empresas (SILVA, 2001).

Ainda segundo Silva (2001), a importância da pequena produção fica mais evidente quando se consideram as pequenas áreas espalhadas com fruticultura ao longo da margem do rio e em vários projetos de assentamentos, localizados no polo Petrolina/Juazeiro.

De acordo com Bomfim (1999), decorrente da construção da barragem de Sobradinho, cooperativas e associações de produtores foram fundadas, o que fez surgir a preocupação com a administração dos projetos, a formação e a assistência técnica; o treinamento de agricultores para o domínio da nova técnica de irrigação, buscando evitar o encharcamento e a salinização do solo. No entanto, os impactos ambientais e sociais, decorrentes da construção dessas barragens ao longo do rio São Francisco, foram consideráveis.

A sucessão de barragens ao longo do rio fez com que a flora da área ribeirinha praticamente desaparecesse. As alterações climáticas provocadas pelos lagos e pelo vasto desmatamento processado para a relocação das cidades e das áreas de agricultura e pastoreio ainda estão sendo estudadas. A fauna, apesar de eventuais operações de resgate, morreu afogada ou viu seu hábitat se reduzir drasticamente. O surubim, peixe de piracema típico da região, está impedido de subir o rio para se reproduzir, já que não há 'escadarias' nas barragens (BOMFIM, 1999).

Segundo Andrade (2005), atualmente, estes projetos hidráulicos estão relacionados fortemente ao processo de globalização. Como parte das práticas e dos discursos de modernização, este processo tem reivindicado o Rio São Francisco como parte dos recursos naturais pertencentes ao estado nacional, com interesses nacionais e internacionais, o que acaba comprometendo a ecologia e o modo tradicional de viver ao longo do rio.

As várias expedições para formar os planos de desenvolvimento da região do Vale do Rio São Francisco, desde o meio do século 19, tornaram as comunidades tradicionais ao longo do Rio São Francisco invisíveis, pela (falta de) representação destas comunidades no mapeamento do vale, onde a ocupação territorial destas populações não apareceu nos mapas dos planos estratégicos (ANDRADE, 2005).

Devido à falta de organização e representação sindical e política, ao isolamento social em que viviam, ao baixo nível educacional e desinformação e à situação de

pobreza secular, os trabalhadores rurais locais foram os que mais sofreram com a migração involuntária, e uma parte daquela população ainda vaga, miserável, pelos sertões (BOMFIM, 1999).

Bomfim (1999) afirma que a construção da barragem de Sobradinho (década de 1970, século 19) ocorreu de forma dramática, desalojando os trabalhadores rurais. O processo constituiu-se em violência e injustiça social, com os camponeses sendo expulsos de suas terras sem direito a quase nada, a não ser irrisórias indenizações.

O deslocamento populacional ocorreu pela expulsão violenta, principalmente dos moradores das áreas rurais, na sua maioria, camponeses pobres, que viviam nas barrancas do rio cultivando os solos aluviais das ilhas e margens do rio, pescando e criando animais. Foram desalojadas aproximadamente 12.000 famílias, num total aproximado de 72.000 pessoas. Deste universo, 8.619 famílias habitavam a zona rural (BOMFIM, 1999).

Desta forma, o Plano de Desenvolvimento da Região do Vale do São Francisco definiu previamente as diferenças entre os tipos de empreendimentos, pela seleção de lotes destinados a colonos e a empresas e, conseqüentemente, os tipos de gerenciamento do setor. Para os primeiros, foi reservada uma organização da produção fundamentada no trabalho familiar, e para os segundos, o gerenciamento do trabalho assalariado (CAVALCANTI *et al.*, 1999). Desta forma, as ações do Estado garantiram dinamismo e o sucesso da região, mas nem todos se beneficiaram na mesma medida dessas ações.

De acordo com Silva (2001), a ampliação da participação dos pequenos produtores na plantação de frutas do polo Petrolina/Juazeiro está comprometida pela falta e inadequação dos instrumentos de crédito. A ausência de uma política de crédito adaptada às condições dos pequenos produtores e às peculiaridades da atividade, considerando a maturação dos investimentos e a diversidade de culturas, está contribuindo para o endividamento deste segmento de produtores. Muitos daqueles que conseguiram se engajar no ramo da fruticultura, valendo-se do crédito bancário, amargaram dívidas impagáveis.

No âmbito dos impactos ambientais, segundo Andrade (2002), a bacia do rio São Francisco ainda

enfrenta problemas sérios de qualidade da água e saneamento, pois, em parte, a resolução destes exige alto investimento com baixo retorno financeiro. Além da contaminação das águas, a falta de coordenação e integração nas ações governamentais também tem gerado problemas de erosão e assoreamento no rio, e desconexão deste com sua foz.

Diante disto, iniciou-se um processo de reivindicação para a revitalização do Rio São Francisco. Como resposta, o Governo Federal, via Ministério do Meio Ambiente e outras agências, como a Agência Nacional de Água (ANA) e CODEVASF, aliam esforços em prol do projeto da revitalização, que originalmente sofreu diversas críticas relacionadas aos seus custos e prioridades (ANDRADE, 2005).

Em 2001, o projeto da revitalização tinha recebido R\$ 84 milhões do orçamento da União. Sem transparência com os gastos deste orçamento, o projeto iniciou 2002 sem fundos, mesmo assim, teve continuidade, porém, com uma redefinição dos caminhos de revitalização do rio, baseados em suas necessidades e realidades (ANDRADE, 2005).

Essa problemática chamou a atenção da sociedade, a qual se fez presente em manifestações populares de grupos locais que compreendiam como fundamental a preservação do rio, de sua história e sua cultura.

Portanto, a preservação do Rio é mais que um salvamento ecológico, é também uma recuperação da cultura das pessoas do Vale de Rio de São Francisco. Revitalização é mais que uma tarefa ecológica, é sobre a inclusão social (SOUZA, 2002 *apud* ANDRADE, 2005, p. 14).

No entanto, ações como o fórum permanente em defesa do Rio São Francisco, bem como protestos contra a Transposição do Rio São Francisco, caracterizam-se como iniciativas por parte da sociedade civil organizada de forma isolada/pontual e, na maioria das vezes, sem muitas parcerias.

Políticas de proteção ao meio ambiente

A Secretaria de Meio Ambiente de Petrolina desenvolve políticas de estudo e análise do meio ambiente, das quais resultou na publicação da Agenda 21 do município. É de sua responsabilidade, ainda, o desenvolvimento das ações de educação ambiental. Para o representante desta

Secretaria, entrevistado nesta pesquisa, a Educação Ambiental pode apontar soluções na busca do desenvolvimento sustentável e, com isso, trabalhar com orientação social na perspectiva de redução das infrações cometidas ao meio ambiente.

Entretanto, essa orientação é restrita à população da área urbana, com trabalhos realizados em escolas, por exemplo, pois a falta de recursos financeiros dificulta a realização do trabalho nas áreas rurais. Ainda segundo este informante-chave, a educação ambiental é dirigida ao público que a solicita à Prefeitura Municipal de Petrolina. Consequentemente, trabalhadores rurais e pequenos agricultores que não acessam esse serviço ficam sem orientação, fazendo uso indevido de agrotóxicos e do equipamento de proteção individual (EPI), quando o utilizam, o que repercute diretamente na qualidade do ambiente e de sua saúde, representando, desta forma, fatores de vulnerabilidade à saúde do produtor rural (BEDOR *et al.*, 2009).

Assim, fica a cargo das populações ribeirinhas se organizarem e promoverem a educação ambiental em suas áreas, como foi o caso dos indígenas Truká, moradores das ilhas do Rio São Francisco, que buscam criar consciência ecológica por meio de cursos de educação ambiental em seu território (ANDRADE, 2005).

O precário acesso à ação educativa da Secretaria Municipal é evidente, como pode ser observado na entrevista realizada com o representante da Secretaria de Meio Ambiente de Petrolina, o qual descreve que, entre janeiro e outubro de 2007, apenas uma palestra foi destinada a essa classe de trabalhadores.

As grandes empresas, por sua vez, por possuírem setores de educação ambiental, obedecendo a imposições para a certificação, são as responsáveis pela realização das atividades educativas aos seus empregados, não apresentando demandas à Secretaria. Cabe ainda ressaltar que além de não realizar tais ações educativas nas grandes empresas, a Secretaria de Meio Ambiente do município, segundo seu representante, também não faz nenhum tipo de monitoramento das mesmas, não possuindo informações sobre a qualidade e periodicidade das ações realizadas.

Dentro das dificuldades da Secretaria do Meio Ambiente de Petrolina, deve-se destacar que conforme o art. 95 do Código Municipal do Meio Ambiente, a

fiscalização das infrações ambientais deve ser realizada por agentes ambientais, mas o município de Petrolina não possui um quadro de agentes para tal fiscalização. Desta forma, a responsabilidade por essa regulação é transferida a outros órgãos e autoridades, tais como Ministério Público, Ministério da Agricultura, Vigilância Sanitária e Agência Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos.

Com relação ao descarte das embalagens de agrotóxicos, de acordo com Bedor *et al.* (2009), 13% dos produtores rurais juntam as embalagens, 7% queimam, 2% devolvem às lojas de produtos agrícolas e 78% dos produtores rurais devolvem à Associação do Comércio Agropecuário do Vale do São Francisco (ACAVASF). Porém, a coleta destes agrotóxicos pela ACAVASF ainda é precária, as embalagens descartadas a céu aberto pelos agricultores, assim como as que são queimadas, acabam por poluir o ambiente.

Há ainda uma falta de consenso entre os técnicos sobre o destino dos restos de agrotóxicos. Alguns acreditam que as sobras de caldas devem pulverizar borraduras ou áreas da caatinga perto do plantio. Outros recomendam que o líquido fique em tanques a céu aberto, em local cercado e sinalizado até a evaporação dos agentes químicos e ainda outros optam pela construção de um filtro, com pedras e carvão ativado longe das áreas produtivas (PINHEIRO, 2006).

A exposição ao agrotóxico é ainda alimentada pela precária fiscalização do uso do EPI. Segundo entrevista do Ministério do Trabalho, as principais denúncias na região são: falta do uso do EPI, falta de exigência do EPI, falta de capacitação do uso do agrotóxico e armazenamento inadequado de agrotóxico.

Além dos problemas específicos que ocorrem na região do Vale do São Francisco, é importante destacar outros condicionantes em nível nacional, relacionados com a reprodução política, que interferem na saúde do trabalhador do polo fruticultor. Um deles é que o Brasil sofre um grande problema quanto à utilização de agrotóxicos, uma vez que as leis e portarias do Governo Federal são descumpridas e a legislação existente deixa brechas, tornando possível que agrotóxicos – ou submetidos a severas restrições –, em diversos países, sejam livremente utilizados em território nacional (CAIRES; CASTRO, 2002; GRISOLIA, 2005).

O contrabando de agrotóxicos é outro importante condicionante das situações de risco para o agricultor. Segundo informações colhidas junto a um técnico do Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola, em Petrolina e Juazeiro, na Bahia, já foram apreendidos agrotóxicos ilegais. A apreensão em Petrolina aconteceu em 2005, no mês de outubro, mas não foram divulgados os nomes dos envolvidos, nem os tipos de agrotóxicos e as quantidades apreendidas pelas autoridades, devido à decretação do segredo de justiça. Por isso, havia a dificuldade de especificar para qual cultura eram destinados os produtos.

A dificuldade na apreensão de agrotóxicos ilegais na região, segundo o informante do Ministério da Agricultura, deve-se, inclusive, pelo número insuficiente de fiscais para a fiscalização da comercialização de agrotóxicos. Esse é outro fator que coloca a população, principalmente a rural, exposta a agravos à saúde.

Políticas de atenção à saúde

No âmbito das políticas de assistência à saúde, principalmente direcionadas à intoxicação por agrotóxico, uma série de problemas pode ser apontada. Dentre esses, cabe destacar a subnotificação dessas intoxicações, devido à falta de conhecimento dos profissionais da saúde acerca da identificação dos sinais e sintomas (BEDOR *et al.*, 2009), além da dificuldade no reconhecimento destes sinais pelos próprios trabalhadores rurais, o que ocasiona na não-procura dos serviços de saúde (RAMOS *et al.*, 2006).

Outro problema que merece destaque é a frágil atuação do CEREST na região. Basicamente, este é o principal órgão para atuar na vigilância à saúde do trabalhador, que, segundo Mendes (1994 *apud* Machado, 1997, p. 35), deve garantir a

promoção de saúde, atuação nos determinantes sanitários, coleta, análise e disseminação de informações sanitárias e atenção clínica.

O perfil intersetorial dessas ações requer que o CEREST assuma a função de articulador com outros setores, instituições e órgãos de ensino e pesquisa, o que não tem sido possível evidenciar a partir dos dados coletados de entrevistas com o representante deste

serviço. O frágil cumprimento de suas funções evidencia que o CEREST tem enfrentado sérios problemas no campo gerencial, interferindo na definição do seu papel institucional.

Como exemplo dessas dificuldades, pode-se citar um projeto do CEREST de sensibilização e capacitação dos agentes comunitários de saúde sobre: direitos dos trabalhadores rurais; da realização de encaminhamentos ao CEREST e do correto preenchimento das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Durante esta atividade, quando restavam apenas nove unidades de saúde da zona urbana a serem visitadas, o projeto teve de ser interrompido por falta de transporte. Segundo sua coordenadora na ocasião, o CEREST não realiza trabalhos com unidades de saúde da família da zona rural do município, justamente pela falta de transporte.

Outro problema identificado pela gestora do serviço é a frágil qualificação dos profissionais da rede e do serviço sobre saúde do trabalhador, principalmente quando tratada na perspectiva da vigilância em saúde. Entretanto, como enfrentamento desta dificuldade, na ocasião da pesquisa, estava sendo planejada uma capacitação, sendo prevista a formação tanto dos próprios funcionários do CEREST (futuros multiplicadores da informação), quanto de enfermeiros e médicos da atenção básica e da rede hospitalar, com vistas à qualificação da notificação das ocorrências CEREST.

No âmbito da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da AIDS no município, o gestor do COAS informou que foram realizadas palestras em seis assentamentos da região (indicados pelo sindicato dos trabalhadores rurais) durante 2007. No entanto, esta ação, até outubro de 2008, ainda não havia sido documentada. Esse dado evidencia a incipiente atuação do COAS junto ao trabalhador rural da região, que se resumiu num período de dois anos, a uma ação pontual, a partir da demanda específica do sindicato dos trabalhadores rurais, revelando a ausência de ações sistêmicas voltadas para este público.

Políticas de segurança pública e assistência social

De acordo com os relatos de alguns profissionais da Delegacia da Mulher de Petrolina, esta foi inaugurada em novembro de 2001, e atualmente funciona em

condições precárias, tanto em termos de estrutura física, quanto pela insuficiência de recursos materiais e humanos para atender a demanda da região de forma satisfatória.

Com base nos boletins de ocorrência registrados nesta delegacia, durante 2007, é possível verificar a incidência da violência contra a mulher no município de Petrolina e, especialmente, contra a trabalhadora rural (rurícola ou agricultora). Aproximadamente 16% das ocorrências registradas envolviam mulheres trabalhadoras rurais da região, sendo elas, em sua maioria, solteiras, jovens, de cor parda e de escolaridade baixa (Ensino Fundamental Incompleto). Entretanto, devido ao não-preenchimento completo das fichas de boletins de ocorrência, não é possível analisar de forma mais minuciosa os casos de violência registrados.

Já no campo da assistência social, a política de combate ao trabalho infantil (PETI), desenvolvida em Petrolina, atualmente assiste 844 crianças, sendo que 640 são do interior (área irrigada). De acordo com o consolidado do SIAB 2007 (PETROLINA, 2007a), há 15.453 crianças entre 7 a 14 anos (idade assistida pelo PETI) na zona rural de Petrolina. A meta do PETI é atender 1.383 crianças, apesar da secretária do SEDESC, na ocasião, não saber a incidência de crianças ainda expostas ao trabalho infantil na região.

Ainda no âmbito da precarização das condições de trabalho, Costa e Neves (2006) denunciam a subnotificação dos acidentes de trabalho pelo Ministério da Previdência Social – INSS, evidenciando a resistência deste serviço em reconhecer as doenças ocupacionais como decorrentes do trabalho penoso, ao qual os trabalhadores estão submetidos. Ao mesmo tempo, segundo os profissionais da Previdência Social de Petrolina, o sistema de informação disponível não possibilita a consolidação dos dados disponíveis nas fichas de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), inviabilizando qualquer tipo de análise situacional envolvendo os acidentes de trabalho registrados.

As estatísticas oficiais brasileiras de acidentes do trabalho são elaboradas a partir das informações obtidas nas CATs, desenvolvida pela Previdência Social com fins securitários. A emissão da CAT registra e reconhece oficialmente o acidente, estabelecendo o direito do trabalhador ao seguro acidentário junto ao INSS

(GONÇALVES; VILELA; CORDEIRO, 2003). Sua emissão deve ser de responsabilidade da empresa onde o acidentado trabalha ou em caso, como por exemplo, de intoxicações por agrotóxicos, quando não emitida pela empresa, esta deve ser gerada na unidade básica de saúde (VILAS BOAS, 2008).

Outras políticas públicas específicas para a população rural

De maneira geral, no campo da vigilância dos agravos no contexto do trabalho rural, destaca-se na região a persistência de problemas nos sistemas e processos de informação. Na ficha de atendimento inicial dos serviços, não consta o campo de especificação da ocupação do usuário ou este frequentemente não é preenchido. Constatou-se que não há o preenchimento completo dos dados sobre a ocupação nas fichas do SINAN, no sistema do CEREST, das CATs, do COAS e da Delegacia da Mulher. Como consequência, torna-se impossível identificar o perfil da população atendida quanto à ocupação, impossibilitando a identificação dos trabalhadores rurais.

Outro dado importante é que grande parte das ações educativas desenvolvidas na região não são iniciativas da Prefeitura Municipal de Petrolina. As ações/políticas voltadas especificamente para o trabalhador do polo fruticultor, encontradas tanto na literatura quanto nos documentos pesquisados nas instituições locais, derivam de órgãos federais e estaduais, como, por exemplo, INCRA e CODEVASF, e de movimentos organizados socialmente, como Sindicato dos Trabalhadores Rurais e FETAPE. Enfim, não é possível observar uma política pública municipal específica para a educação em saúde da população, que ocupa 90% da área do município e sustenta sua principal cadeia produtiva.

Considerando os diversos setores que englobam a saúde do trabalhador, além das ações da Prefeitura Municipal de Petrolina, foi possível identificar diversas ações governamentais e não-governamentais, dentre as quais podem ser citadas: investimentos da CODEVASF, os quais, dentre outras ações, centram-se na busca pelo melhor aproveitamento dos recursos de água e solo; a implantação dos distritos agroindustriais e agropecuários e ações voltadas para o apoio ao desenvolvimento integrado, com desenvolvimento de

programas de recuperação das áreas degradadas, educação ambiental e monitoramento dos recursos hídricos, da fauna e da flora no Projeto Senador Nilo Coelho (CODEVASF, 2007).

No INCRA, destacam-se ações como: trabalho com 8.936 famílias em 191 projetos de assentamentos, numa área de 235.082,7731ha, com investimentos aproximados de 99,8 milhões de reais, além de 70 acampamentos com 7.800 famílias. Implantação e recuperação de agroindústrias; ações de inserção mercadológica da produção dos assentados; capacitação de homens, mulheres e jovens em gestão administrativa, associativismo e cooperativismo, comercialização, processamento de alimentos e boas práticas de fabricação; implantação de projetos pluriativos solidários; desenvolvimento de ações sociais para promoção de igualdade de gênero e garantia dos direitos de comunidades tradicionais; assistência técnica e obras de infraestrutura (PEREIRA; NAIRÓ, 2006).

Dentre as ações sociais não-governamentais, puderam ser identificadas iniciativas tanto da Sociedade Civil Organizada, quanto da Iniciativa Privada. Ações do sindicato dos trabalhadores rurais de Petrolina, que investe na comunicação junto aos trabalhadores rurais, por meio de telefone, *e-mail*, *site*, programa de rádio e materiais informativos, os quais permitem aos sindicalizados tirarem dúvidas, fazerem reclamações e denúncias e darem sugestões. O sindicato atende em média 120 pessoas por dia. Dentre suas ações junto aos trabalhadores rurais, podem ser citadas: cursos de capacitação, cooperativas de crédito, convenções coletivas de trabalho da hortifruticultura, acompanhamento das visitas e fiscalizações em fazendas de Petrolina; visitas aos assentamentos; representação dos associados junto ao Ministério Público do Trabalho (PETROLINA, 2007b) e atendimento odontológico e oftalmológico aos sindicalizados. O sindicato mantém parcerias com a FETAPE, a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), a Comissão Nacional de Jovens Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (CNJTTR), o COAS e a Delegacia do Trabalho.

A FETAPE e o Sindicato de Trabalhadores Rurais de Petrolina realizaram uma ação do Movimento Sindical dos Trabalhadores e das Trabalhadoras Rurais

(MSTTR) em Pernambuco, coordenando o acampamento de 900 famílias em terras da CODEVASF (Projeto Maria Tereza R4), pela reivindicação de 4.000 hectares de terras (FETAPE, 2007). Atualmente, a FETAPE desenvolve programas de educação para a população rural, com turmas de alfabetização de jovens e adultos, Ensino Médio e Superior, em parceria com a CUT, Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco e Universidade Federal de Pernambuco. Em paralelo, a federação também realiza a formação política e sindical dos educadores, para que estes se tornem multiplicadores da luta do movimento sindical (FETAPE, 2007).

Conclusão

Apesar do significativo número de órgãos visitados e atores entrevistados, o volume dos dados obtidos foi inferior ao esperado. A dificuldade no resgate das informações deve-se, fundamentalmente, pela inexistente prática de notificação e/ou registro quanto às atividades desenvolvidas no âmbito da saúde do trabalhador, no polo fruticultor do Vale do São Francisco. A maioria das instituições contatadas, em especial os serviços municipais, não dispõe de sistemas de informação ou está desatualizada.

Essa dificuldade compromete não apenas o desenvolvimento de estudos/pesquisas, mas, o que parece ainda mais grave, impossibilita que os gestores locais tenham a real dimensão da problemática da qual se ocupam, não sendo possíveis ações estrategicamente planejadas (FELISBERTO, 2004). Sem um diagnóstico fidedigno da situação do município, torna-se impossível a proposição de políticas públicas que venham atender às reais necessidades locais. Gerir ações públicas sem evidências que as sustentem pode representar além da perda de tempo, gastos desnecessários de recursos públicos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997), com impacto direto na qualidade de vida dos trabalhadores e trabalhadoras rurais da região.

Considerando os dados obtidos, evidencia-se ainda que as políticas públicas existentes são insuficientes para atender à demanda local (urbana e rural). Além disso, em sua maioria, as ações têm caráter temporário e, em alguns casos, surgem a partir das demandas de outros órgãos e grupos sociais. Assim, as ações encontradas neste estudo

não são iniciativas próprias do poder público municipal, o que reforça a evidência de que não há planejamento da gestão pública para o desenvolvimento de ações estratégicas no enfrentamento dos agravos à saúde do trabalhador local. Da mesma forma, não foi evidenciada nenhuma estratégia de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, além da precariedade no monitoramento de indicadores epidemiológicos.

Desta forma, é possível concluir que a ausência de políticas públicas intersetoriais, planejadas a partir de evidências, monitoradas e avaliadas estrategicamente (RIVERA; MATUS; TESTA, 1989), caracteriza-se como uma das principais forças motrizes geradoras de situações de riscos relacionados à reprodução política, que podem estar interferindo negativamente na saúde do trabalhador do polo fruticultor de Petrolina. ■

Referências

- ANDRADE, R.M.T. *Da transposição das águas do rio São Francisco à revitalização da bacia: as várias visões de um rio*. Fórum permanente de defesa do São Francisco Ago. 2002. Disponível em: <http://natypete.andradedown.com/googlepages.com/renata_andrade.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2008.
- _____. *Quebrando o Rio da unidade nacional: comunidades tradicionais na política do Rio São Francisco*. 2005. Disponível em: <http://natypete.andradedown.com/Renata_AndradeconcursoMonografia2005.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2009.
- AUGUSTO, L.G.S.; BRANCO, A. Política de informação em saúde ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 150-157, 2003.
- AUGUSTO, L.G.S. Base teórico-conceitual e metodologia para estudo dos sistemas complexos. In: AUGUSTO, L. G. S.; FLORÊNCIO, L.; CARNEIRO, R. M (Org). *Pesquisa (ação) em saúde ambiental – contexto, complexidade, compromisso social*. Recife: Editora Universitária, 2005.
- BEDOR, C.N.G. *et al.* Vulnerabilidades e situações de riscos relacionados ao uso de agrotóxicos na fruticultura irrigada. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 39-49, 2009.
- BOMFIM, J.D. Movimentos sociais de trabalhadores no rio São Francisco. *Revista Electronica de geografia y ciencias sociales*. n 45. ago. 1999. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn-45-30.htm>>. Acessado em: 17 dez. 2007.
- CAIRES, S.M.; CASTRO, J.G.D. Levantamento dos agrotóxicos usados por produtores rurais do município de Alta Floresta – Mato Grosso. *Revista de Biologia e Ciências da terra*, João Pessoa, v. 2, 2002. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/rbct/sumarios/pdf/agrotoxico.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2008.
- CAVALCANTI, J.S.B.; BENDINI, M.; GRAZIANO, J.S. *Globalização, trabalho, meio ambiente: mudanças socioeconômicas em regiões frutícolas para exportação*. Recife: Editora Universitária, 1999.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- COSTA, C.; NEVES, C.S. Relatorias nacionais em direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. *O projeto de transposição do rio São Francisco e as violações do direito humano ao trabalho*. Informe 2006. p.170-174.
- CODEVASF. *Diretrizes*. Disponível em: <<http://www.codevasf.gov.br/empresa/diretrizes>>. Acesso em: nov. 2007.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na AB: novos horizontes. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, jul./set., p. 317-321, 2004.
- FETAPE. *Informativo da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Pernambuco*. Edição especial. Novembro de 2007.
- GARCIA, R. *From planning to evaluation*. A Systems approach to sustainable development projects. México: CINVESTAV, 1996.
- GRISOLIA, C.K. *Agrotóxicos, mutações, câncer & reprodução*. Brasília: Editora UnB, 2005.
- GONÇALVES, C.A.H.; VILELA, R.A.G.; CORDEIRO, R. *Diagnóstico e Prevenção de Acidentes do Trabalho em Piracicaba*. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 23, 2003, Ouro Preto. Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Diagnostico_e_Preveno_de_AT_em_Piracicaba.pdf> Acesso em 01 jun. 2010.
- GURGEL, A. M. *et al.* Framework dos cenários de risco no contexto da implantação de uma refinaria de petróleo em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2027-2038, 2009.
- MACHADO, J.M.H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 33-45, 1997.
- OLIVEIRA, S.S. *O Papel da avaliação de risco no gerenciamento de produtos agrotóxicos: diretrizes para a formulação de políticas públicas*. Tese (Doutorado em saúde Pública) – Faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo, 2005.

PEREIRA, K.; NAIRÓ, A. *Relatório de atividade 2006*. Publicação da assessoria de comunicação social do INCRA no Médio São Francisco. Petrolina-Pe. 19p. 2006.

PETROLINA. Secretaria de Saúde. SIAB. *Banco de dados da secretaria*. Acessado em 05 nov. 2007a.

_____. Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Petrolina. *Programa Jovem Saber*. Panfleto. 2007b.

_____. Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Petrolina. Disponível em: <www.strpetrolina.com.br>. Acessado em 13 jan. 2007c

PINHEIRO, F. A. Impactos socioambientais e de segurança do alimento na gestão da produção integrada de uvas finas e de mesa. In: III Congresso Nacional de Excelência em Gestão - Niterói, 2006. *Anais do III Congresso Nacional de Excelência em Gestão*. [S.l.: s. n.], 2006.

RAMOS, L.O.; VILAS BOAS, J.M.; DA SILVA JUNIOR, C.A.; BEDOR, C. N.G. "Queixas" Sintomáticas Associadas ao uso de agrotóxicos em trabalhadores rurais da hortifruticultura no Vale do São Francisco. *Revista de Ciência da Saúde Nova Esperança*, João Pessoa, v. 4, p.145-157, 2006.

RIVERA, U.; MATUS, C.; TESTA, M. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque metodológico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SAMAJA, J.A. *Reprodução Social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Editora ICS-UFBA/Casa da qualidade editora, 2000.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO Jr., J.L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n.3, set, p. 335-346, 2006.

SILVA, P.C.G. *Articulação dos interesses públicos e privados no pólo Petrolina – PE/ Juazeiro-BA: em busca de espaço no mercado globalizado de frutas frescas*. Tese (Doutorado em economia) – Instituto de Economia da UNICAMP. Campinas, 2001.

TEXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 1997. p. 43-68.

VILAS BOAS, J.M. *Proposta de Protocolo de Atenção Básica à Saúde do trabalhador expostos a agrotóxicos no Sub-médio do vale do São Francisco*. Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2008.

YNOUB, R.; SAMAJA, J. Monitoreo de ambientes de desarrollo humano. *VII Congresso da Associação Latino americana de Medicina Social*. Buenos Aires, 1997.

Recebido para publicação: Junho/2009
Versão definitiva em: Outubro/2010
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Ministério da Saúde

Estudo Psicossocial do Programa Saúde da Família - o que dizem seus atores

A Psychosocial Study of the Saúde da Família Program – what their actors say

Ana Maria Blanques¹

¹Doutora em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).
amblanques@gmail.com

RESUMO Este estudo se propõe a compreender as relações sociais propiciadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), concebido e implantado como estratégia de reorientação na atenção à saúde. As falas obtidas em entrevistas abertas com seus profissionais são analisadas em categorias divididas em dois grupos. O primeiro refere-se às atividades do programa e o segundo reúne ideias sobre as pessoas envolvidas. A partir da análise do conteúdo desse último, procurou-se compreender as relações estabelecidas. O encontro propiciado pelo programa se baseia em tentativa de preenchimento de faltas e carências reconhecidas no imediato da relação entre profissionais e usuários, vivenciada como relação de ajuda.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Relações sociais; Estudo psicossocial.

ABSTRACT *The propose of this study is the understanding of the relationships provided by the Health in the Family (PSF, Programa Saúde da Família), conceived and implanted as strategy of reform of the health care. The speech acquired at interviews with professionals was examined in categories separated into two groups: work and subject. The first, is related to the program activities and the second refers to the belief about involved persons. From analysis of the second category, the established relationships were understood. The meeting propitiated by this program is based in the attempt to fill lacks and privations in relationship among professionals and usurers, which is experienced as a relation of aid.*

KEYWORDS: *Family Health Program; Social relationship; Psychosocial study.*

Introdução

O estudo realizado para a tese de doutorado do qual deriva o presente trabalho, era voltado para a compreensão do Programa de Saúde da Família (PSF) como um projeto de intervenção social e, naquela oportunidade, o foco foi o de verificar como se concretizava tal proposta. Analisar as falas dos atores buscando as coincidências entre a proposta e sua efetivação em relação aos eixos de sustentação do programa foi a maneira encontrada para cumprir tal objetivo.

Os encontros proporcionados pelas situações de entrevistas, e mesmo os conteúdos delas, forneceram dados que permitiram ampliar a compreensão de outros aspectos não contemplados da mesma forma no estudo anterior.

Pretendeu-se aqui focalizar as relações sociais propiciadas e mediadas pelo programa, do ponto de vista da Psicologia Social e, para isto, serão enfatizados os dados encontrados que dizem respeito às falas sobre os sujeitos implicados nessas relações.

O PSF

A proposição de mudanças na atenção à saúde que era discutida desde os anos 1970, a partir da conferência de Alma-Ata, torna-se factível com a elaboração da Constituição Brasileira de 1988. À grande virada que significou a proposta deveria corresponder uma outra mais árdua, que seria sua implantação, especialmente num momento de expansão do pensamento neoliberal, cuja tendência era (é) a valorização da competitividade entre equipamentos privados, estimulada pelas regras do mercado, em detrimento dos serviços públicos. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou a grande reforma, do tipo *big bang*, pois introduziu mudanças consistentes no modo de operação do sistema (VIANA; DAL POZ, 1998). Este modelo definiu alguns princípios como

universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços sob a lógica da integralidade, da regionalização e

da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos. (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 13).

O início da implementação, que ocorreu nos anos 1990, revelou problemas na sua operacionalização, pois se enfrentava resistência do antigo modelo assistencial que era baseado na doença e em ações curativas.

O Programa de Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, concebido como estratégia de reorganização do SUS, reordenamento do modelo de atenção para reorientação e reorganização dos serviços na ampliação da cobertura a partir do território e busca de promoção da saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

Como uma nova estratégia estruturante, devia evitar o eixo da intervenção médica e buscar a integração de fato com a comunidade (BRASIL, 2003).

[...] Esta estratégia é mais do que isto, é mais ampla, significa mudar o paradigma da assistência médica transformando o modelo assistencial. Significa levar em conta necessidades e demandas da população. O foco do sistema de saúde passa de cuidados episódicos de indivíduos em hospitais para promoção de saúde na comunidade [...]. (FALEIROS, 2003, p. 62).

A reorganização dos serviços de saúde proposta pelo PSF se faz a partir de um território onde a equipe instalada deve cadastrar a população, levantando os dados necessários que permitam reconhecer e enfrentar os problemas identificados, e assim montar as estratégias de ação para essas áreas.

Os agentes comunitários de saúde, como integrantes da comunidade, ganham relevância especial uma vez que eles funcionam como elementos facilitadores da inserção da equipe na comunidade (BRASIL, 2001; VERAS; RODRIGUES; CARVALHO, 2000).

Como um programa que visa substituir as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde, estrutura-se a partir dos seguintes eixos:

- integralidade e hierarquização: está inserido no nível local de atenção, mas pertence a uma rede integrada nos vários níveis de referência dos serviços de forma a assegurar cuidado integral;
- territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área.
- equipe multiprofissional: a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde;
- humanização do atendimento: aqui é focalizado o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e as famílias, o que é facilitado pela proximidade com que é caracterizado o trabalho;

Na cidade de São Paulo, a implantação do PSF iniciou-se pontualmente na região de Itaquera, em 1996, sob nome de Qualis. Em 2001, com a adesão do município ao SUS, tendo como eixos estruturantes a municipalização e distritalização (BOUSQUAT; COHN; ELIAS, 2006), foi ampliado para grande parte da periferia da cidade ‘...destinando-se aos segmentos populacionais com maiores carências ou que vivenciem diferentes graus de exclusão social’ (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005). Em geral, famílias com dificuldade de acesso aos serviços de saúde existentes.

Objetivo

Buscar a compreensão das relações sociais propiciadas pelo PSF.

Métodos

[...] o uso lingüístico não é meramente efeito ou reflexo da organização e dos processos sociais, mas antes, é parte integrante deste processo social, ou seja ele constitui significados sociais e, portanto, práticas sociais [...]. (ROCHA-COUTINHO, 1998, p. 325).

Considera-se que as enunciações sobre o trabalho cotidiano fazem parte dessa prática social, a do PSF, e poderão ajudar a ampliar o conhecimento sobre os aspectos desejados.

O instrumento escolhido para se obter o material deste estudo foi a entrevista aberta. Para obter falas que tratassem dos conteúdos desejados e garantir discursos mais fiéis à realidade e não racionalizações, foi apenas solicitado ao sujeito que relatasse seu trabalho no dia-a-dia.

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo, com profissionais das equipes de PSF de diferentes regiões, parcerias e históricos. As entrevistas com representantes das categorias fundamentais das equipes do PSF foram gravadas em áudio e transcritas integralmente. Participaram: 13 ACS (agentes comunitários de saúde), 8 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiras e 2 médicas, o que totalizou 26 entrevistas.

Os textos obtidos foram recortados segundo os temas abordados e foi constituído um discurso único relativo a cada um deles. Pretendeu-se verificar a partir desta seleção como se constituem estes discursos, qual a extensão, como se fala. Com os conteúdos referidos nos recortes, procurou-se observar as ideias relativas aos temas e como se expressam. O que se buscou apreender foi como o grupo estudado constrói interpretações da realidade: da sua própria atuação, da atuação do programa, de si, do outro e das relações promovidas pelo trabalho no PSF.

Os discursos obtidos, compostos de trechos de diversas falas individuais, foram analisados em categorias segundo os eixos de sustentação do programa e a ideia de sujeito subjacente ao trabalho, esta última fundamental para a presente abordagem.

Análise dos depoimentos

As categorias foram agrupadas em dois grandes blocos temáticos: concepção do trabalho e de sujeito. Sob o primeiro tema, estão reunidas categorias que se referem diretamente às atividades do PSF, aquelas derivadas das diretrizes do programa. No segundo, as ideias de como são vistas as pessoas envolvidas.

Dados relativos às atividades no PSF serão apresentados sucintamente:

- participação comunitária: as ideias de participação aparecem dispersas nos vários discursos, mas o enfoque majoritário está localizado nos problemas e tarefas de saúde que a equipe identifica. Não se observa preocupação em levantar com a população quais os problemas que esta percebe como determinantes na realidade de saúde de seu território;
- trabalho em equipe: refere-se à equipe como um conjunto dado de profissionais que interagem a partir de um modelo tradicional de divisão de tarefas, quase sempre relacionadas à assistência, ao acompanhamento dos casos, ou à organização das atividades. Não se percebe a possibilidade de um grupo como construção a partir de um encontro de pessoas diferentes com saberes diferentes. Mas percebe-se que, embora a equipe seja mencionada como conjunto pronto e acabado, há uma dinâmica no sentido de serem realizadas tentativas de superação dos obstáculos encontrados no dia-a-dia incluídos no âmbito da qualidade das relações e centrados na questão dos relacionamentos ou características pessoais;
- integralidade: no que se refere à abordagem integral do ser, incluindo as condições socioeconômicas, parece que começa a ser vislumbrada nos discursos, além de serem esboçadas formas para esse atendimento. A integralidade do sistema não é compreendida como responsabilidade dos entrevistados;
- intersetorialidade: começa a se desenhar como um pequeno esboço em alguns trabalhos descritos, mas ainda como resposta a uma solicitação, um serviço prestado pela equipe de saúde e não como um projeto comum construído para dar conta de um problema identificado no território;
- humanização/vínculo: reúne as ideias recolhidas nos depoimentos que dizem respeito aos elos estabelecidos com a população atendida que determinam uma forma de assistência mais pessoal. A maior ênfase é dada para a humanização do atendimento, que incide na humanização deles próprios e que é referida como a possibilidade de um trato pessoal entre a equipe e a população.

Nesta categoria, manifestam-se mais fortemente as ideias de cuidar que embasam o PSF tal como

entendem os profissionais, no que se refere a oferecer informações, orientação, atenção e cuidado, o que exige e acarreta ao mesmo tempo uma proximidade maior com o usuário.

A humanização do atendimento e o vínculo dos profissionais com a população se confundem no discurso e, como aparecem, sugere-se que há uma interpretação de que a humanização deve se ancorar no vínculo que é estabelecido com a população.

Percebe-se que, independentemente da categoria, há um envolvimento emocional bastante forte com as dificuldades pelas quais passam as pessoas da população que, às vezes, se reflete no teor emocional do relato. Algumas situações parecem tomar-lhes intensamente e ganham uma dimensão maior com os ACSs que têm contato cotidiano com elas. Responder às dificuldades com ações concretas pode aliviar, assim como o cuidado oferecido também pode reverter o que era vivido como sofrimento invasivo.

[...] Então é uma coisa tão grande, tão diferente, que quem tá fora não tem nem noção do que realmente é o nosso trabalho [...] Aí a pessoa começa a contar toda a vida dela: ¾ porque 'ontem meu filho morreu, foi assassinado', ou ¾ porque 'ontem o meu marido foi preso', então você entra na vida da pessoa de uma tal forma que não tem como você criar um laço afetivo com a pessoa [...] Você vê criança passando fome e aí você acaba se envolvendo até mais do que a profissão, muitas vezes, exige [...] Coisas que ele jamais pensaria em contar pra uma pessoa desconhecida, [...] eles já têm essa confiança. Eles contam tudo, alguns anseios, algumas tristezas, alguma coisa que tá acontecendo na casa [...] não, é só profissional [...] viu [...] Então é difícil trabalhar, mas é gostoso, é suado, porque depois que você se apegou a essas famílias você pega aquele ciclo de famílias suas [...].

Observa-se que o vínculo é descrito como de mão dupla, do profissional com a população e desta com a equipe:

É compreensão das pessoas também. Essa compreensão [...] ajuda até pra gente poder fazer o nosso trabalho [...].

A proximidade permite mais, permite conhecer as condições de vida e especialmente as histórias, o que fortalece ainda mais os laços e pode contribuir para a assistência e o tratamento. Este é um aspecto que se torna possível principalmente pelas visitas e que é visto como um diferencial do serviço e, muitas vezes, reconhecem a necessidade de encontros mais próximos e relatam visitas mais frequentes que as mensais:

[...] A gente precisa conhecer a pessoa, o que, que ela faz, qual o estilo de vida dela, pra poder falar depois o tratamento da doença que ela tem.

A intimidade proporcionada pelo conhecimento mútuo e pela confiança depositada no profissional parece possibilitar maior facilidade para obter os dados vitais sobre a pessoa, porque ela se torna mais disponível para abri-los e sente-se mais cuidada, além de aceitar melhor as orientações. De alguma forma, há uma compreensão de que o tratamento humanizado, por meio do vínculo, permite também uma abordagem integral e, dessa forma, pode influir na condição de saúde da pessoa.

Outro aspecto verificado é o de como o reconhecimento do outro e que se expressa, às vezes, como agradecimento, reforça o sentimento de pessoalidade, de envolvimento, de intimidade entre os atores envolvidos na interação. Para os trabalhadores do PSF, o vínculo propiciado é um fator de satisfação pessoal:

[...] então é muito gratificante você entrar na unidade e você receber esse paciente, às vezes o paciente vem te agradecer, vem te abraçar, te conhece na rua. Isso é muito gratificante [...].

A análise desse último item foi estendida porque contribui para compreensão das relações estabelecidas por meio do programa.

Sujeito

O PSF, desconhecido para aquelas pessoas quando foram contratadas, se torna real por meio delas, que trazem suas marcas (de seu tempo, de sua cultura) nas relações que vão construindo. São elas que se revelam nos discursos sobre o programa, que revelam essas marcas, que dizem de si, das suas ideias, dos modelos que adotam, não apenas nas suas ações, mas também no que prescrevem e no que repudiam e recriminam. O PSF torna-se essas próprias pessoas no que elas estão fazendo e compreendendo. Há falas explícitas de identificação com o programa:

[...] Um programa bom e que tem que ter pessoas que se identificam, se você não tiver identificação [...] Identificação é você gostar do que está fazendo.

O conteúdo relacionado à ideia de sujeito referida a si mesmo foi trabalhado a partir de como relatam que realizam seu potencial na construção do trabalho e de si, e como expressam sentimentos e sensações vividos neste contexto.

Aparecem neste próximo trecho conteúdos que sugerem o que e como podem efetivar a potência: de passar informações para tentar mudar os comportamentos ou conscientizar.

Gosto de aprender muita coisa e também gosto de passar, então foi legal, eu gosto dessa parte de cuidar das pessoas [...] porque de fato eu acho que a gente tem que ser mais ou menos um orientador pras pessoas [...] como que transmite e como evitar [...] encontrar uma forma de fazer com que ela tome o remédio pra pressão [...].

Também incentivar ou censurar para efetivar mudanças:

Então a gente convida essas pessoas e avisa [...] A gente incentiva: ¾ venha também, dá uns puxões de orelha nos pacientes também [...] Aí a gente começa a colocar um pouco de medinho assim na pessoa. Uma pressão psicológica, não sei.

Mobilizar é uma ação que julgam poder ser eficaz em alguns casos:

[...] o trabalho da gente é mobilizar a comunidade. Não só pros grupos, mas também assim, a comunidade que tem problema de saneamento básico [...] ir buscar também perante aos órgãos competentes [...].

Mas, às vezes o que resta é rezar:

[...] Eu tenho dó, sinceramente, eu tenho muita dó [...] Rezo, porque o coração corta.

Aqui se explicitam sentimentos e sensações que os profissionais relacionam às vivências nas ações do PSF.

De uma forma ou de outra, você tá colaborando [...] pro meu ego fez muito bem [...] porque eu me sinto bem em ajudar [...] Como pessoa também, porque eu gosto de ajudar as pessoas [...] às vezes, assim, emocionante, às vezes estressante. Mas tem dia que me traz muitas alegrias [...] tem situações que dá muito prazer, você fica muito contente, mas também tem vezes que te deixa triste [...] é um monte de sentimentos misturados.

Os próximos trechos apresentados referem-se às ideias que expressam a visão sobre o outro.

Em relação ao outro – população atendida – as ideias prevalentes são as de carência.

Porque na nossa área que é uma população muito carente a gente não tem ajuda da família, são pacientes difíceis [...] Anos pra você conseguir mudar alguma coisa [...] porque a população é muito carente [...] Carência de atenção, carência afetiva, carência [...] financeira [...] A carência na verdade da população aqui do bairro, dos que mais precisam de atendimento, a carência deles na realidade é a vida sócio econômica deles mesmo [...] São pessoas carentes de tudo, de amor, de carinho, e no geral, é uma população carente em todos

os aspectos, não só financeiro, mas também na parte afetiva, de amor, de tudo, familiar.

O usuário também é visto como problema:

[...] a mente deles confunde muito rápido, principalmente aquelas famílias que têm alcoolismo, confundem muito [...] que eles não sabem distinguir se uma gripe é uma doença, se um mal estar é uma doença, a procura que eles fazem é por coisas, assim, o mais absurdo que você imagina [...] Mas às vezes a pessoa é teimosa, ela não vem nem nas consultas que você marca.

Relatos de ações de ajuda ocupam grande parte dos depoimentos, que foram ressaltados em razão da presença significativa nas falas.

[...] Como pessoa também, porque eu gosto de ajudar as pessoas [...] Acho que todo dia quando você pode ajudar, quando você sabe que está fazendo alguma coisa útil pra pessoa, é especial. O paciente sabe que você está ajudando [...] Mas, às vezes, ajudar uma pessoa é sorrir, conversar, dar atenção. Não só chegar, levar um remédio, chegar e levar o médico na casa. Que ele se sinta que tá sendo cuidado, mostrar pra ele que ele tá sendo cuidado, que tem alguém se importando com ele [...] então ela sabe que: 'pra eu ficar bom, eu tenho que fazer isso'. Então isso ajuda bastante [...] porque a gente tá ali pra tentar ajudar, a gente não tá ali pra brincar [...].

Outros achados

Além das categorias acima, falas espontâneas sobre outros aspectos do trabalho contribuem e corroboram os dados levantados.

O trabalho realizado com grupos, mais que marcar uma diferenciação na abordagem do PSF, é um aspecto muito valorizado pelos resultados que consegue. São realizados, na maioria associando atividades de orientação

e assistência, com controle dos dados vitais. Mas outras atividades são relatadas, como as de artesanato ou mesmo de passeios, e são pensadas para possibilitar a convivência entre os moradores das áreas.

Os grupos de assistência e tratamento são considerados como extremamente funcionais e os resultados parecem surpreender, mas se reconhece ser um fator facilitador para adesão ao tratamento:

[...] Você tem uma resposta muito boa [...] porque no grupo eles tão possibilitando uma troca [...] eles conseguem colocar isso melhor. Porque eles começam a perceber [...] não sou só eu [...] participar de grupos onde ele está vendo que não é só ele que tem aquela doença [...].

O acolhimento é uma das atividades mais mencionadas. Ao mesmo tempo em que se percebem verbalizações que expressam semelhanças com as definições propostas, também aparecem críticas à forma de funcionamento que seria um obstáculo à proposta de atuação mais dirigida à prevenção.

[...] é porta aberta [...] O acolhimento, que é um dos pontos chaves do PSF, que já faz parte de várias teses de trabalho, projetos [...] é o dia que a gente abre pro atendimento de todos os moradores da região [...] e procura dar um encaminhamento pra essa queixa desse usuário. [...] a gente nunca pode dispensar ninguém. [...] acolhimento, que no caso é receber o usuário que chega, ouvir a queixa e tentar de alguma maneira dar uma solução pra isso.

Percebe-se também que há outros motivos não médicos para a busca da unidade, e o acolhimento permite receber esse anseio e, muitas vezes, é compreendido como ajuda:

[...] Às vezes a pessoa vem aqui, não é só por dor [...] mas desabafar um pouco [...] Acolher porque a gente [...] nós como ACS às vezes é psicólogo até. A gente acolhe ele na casa deles, a gente acolhe eles aqui [...] O acolhimento,

o que eu aprendi, é receber, ouvir, tentar dar solução pra isso. Ou seja, se colocar do lado do problema [...] Só isso já faz um bem danado [...] Acolher é ajudar, é orientar, é encaminhar pro lugar certo, pro caminho certo [...] Que ele se sinta que tá sendo cuidado, mostrar pra ele que ele tá sendo cuidado, que tem alguém se importando com ele. [...] Aproxima por causa que a pessoa gosta de atenção.; [...] Ai a pessoa já solta, chora [...] mas a pessoa já se solta um pouco mais, confia na gente [...].

A busca da unidade fora dos agendamentos previstos parece incomodar, embora muitas vezes eles até compreendam a situação:

É muito grande [...] a pessoa tá doente, quando ela tá doente ela vem procurar o posto [...] o médico examina, dá remédio, ela melhora. E a gente tenta quebrar isso [...] não deu pra entender que eu devo prevenir pra que eles não adoeçam. [...] e a gente sabe que tá falando em vão [...] Eles vêm porque [...] deixa eu ver [...] porque fez frio, porque tava muito cansado, porque eu tive que trabalhar primeiro, depois procurar ajuda, pelos mais variados motivos [...] Por carência, por necessidade de ter [...] sabe, muita doença psicossomática, muita somatização, [...] muito paciente carente, então é igual porta de igreja, aparece todas as carências, psicoemocionais, sociais, físicas, mentais, eles vêm [...] porque parece que não tem algo pra fazer mesmo, e vêm pro posto. [...] E tava virando pronto socorro também, porque o paciente vem passando mal, e muitas vezes eu não sei [...] o pronto socorro daqui não consegue atender a demanda [...].

Compreendem que o PSF recebe de forma diferente os usuários e isso contribui para mudanças positivas:

[...] que as pessoas entram numa unidade acuadas, com medo de levar um não, ou com medo de ser maltratados[[...]] o serviço público é um serviço passado como um serviço de

péssima qualidade [...] o Programa de Saúde da Família eu acho que veio pra mudar isso [...] Mudar até o jeito de entender o paciente na unidade [...] o paciente é melhor cuidado, porque não tem só uma pessoa que cuida, ele tem muito mais pessoa que pode cuidar dele [...] E muita gente da população que você conhecia quando a gente chegou aqui, que ameaçava [...] você vai notando a mudança na pessoa [...] Porque esse negócio da enfermeira ir na casa visitar, fazer um curativo [...] nunca tinha ouvido falar que tinham pessoas que faziam isso. Nem convênio dá isso pra eles. Então eles gostam.

Mas exige mais: incentivo, orientação e, especialmente a persistência; em alguns casos, até o fazer junto:

[...] você explica, explica que ele tem que tomar remédio todo dia, ele vem no médico, o médico passa, ele não toma [...] Você tem que ficar insistindo [...] alguns casos que a gente já viu que deu certo, mudança de comportamento [...] tem gente que às vezes nem quer fazer pré-natal. Então a gente fica lá: ah, tem que fazer uma consulta, marca uma consulta, eu marco pra você, vamos, vamos, vamos, acaba fazendo o pré-natal [...] aí começa a vir [...] o pré-natal bem sucedido, o parto, o umbiguinho caiu, cicatrizou, a mãe tá amamentando, mas aí a médica, a enfermeira, o auxiliar, eles vão lá, dão orientação, amamentação, que é importante. Aí [...] o moleque tá no corredor brincando, olha, não tem coisa melhor [...] E a satisfação é assim [...] a mãe ali que não tinha muita orientação e teve cinco, seis filhos, e aquela gravidez foi mais sossegada, ela se preparou pra amamentar [...] Na maioria das vezes conseguimos.

A orientação, então, é vista como capaz desencadear conscientização ou sensibilização, o que é considerado um dos resultados desejados:

O que eu consigo mudar nas cabeças das pessoas aqui, o que eu faço de benefício, de conscientização, eu não consegui fazer em instituição nenhuma, eu consigo ver a diferença depois de um grupo, do que as pessoas pensam, então a conscientização, e a sensibilização, que eu acho que o maior [...] é você sensibilizar, e não conscientizar, sensibilizar a pessoa de que aquilo é melhor pra ela.

Em alguns momentos, entendem como resultados positivos o fato de poder ter um controle maior da situação:

Então é um trabalho bonito[...] muito rico, é um trabalho muito aproveitável. Você tem controle maior sobre os pacientes da tua área, eles se tornam mais visíveis [...] esse tipo de coisa dá pra gente acompanhar o paciente e saber que ele tá ficando melhor.

Síntese e discussão dos resultados

Numa leitura geral das entrevistas, percebe-se que o enfoque predominante é o da intervenção terapêutica, embora se considere que algumas atividades realizadas, como caminhadas, grupos informativos sobre diabetes ou hipertensão, poderiam ser incluídas naquelas de prevenção de agravos ou promoção de saúde, como propiciar informações ou melhorar condições para garantir eficácia terapêutica.

Como observado acima, referem a si, quase sempre, procurando mostrar sua identidade com o programa naquilo que consideram altamente valorizado nele, ou seja, o encontro pessoal propiciado, que lhes permite, ao mesmo tempo, se revelarem humanos e oferecer ao outro uma imagem de si que parece ser altamente positiva sempre referida ao aspecto da ajuda, o que ganha uma dimensão de significado de si, de preenchimento da existência. Além disso, os depoimentos passam a ideia de recuperação imaginária da sua potência por meio da sensação efetiva de ser capaz de realizar algo para o outro no PSF, mas o inverso também se manifesta quando a impossibilidade de ‘resolver’ torna-os frustrados, o que é mencionado raramente. A imagem de

si parece necessitar de uma reafirmação contínua pelo outro, na forma de reconhecimento, agradecimento.

O outro, especialmente aquele que procura ou que precisa do serviço, é caracterizado por faltas, carências, necessidades, desconhecimento, enganos e mentiras, embora, em alguns momentos, parece que eles próprios se veem descritos dessa forma, ou relatam as relações como de preenchimento das necessidades mútuas. As descrições das necessidades quase sempre são referenciadas em linguagem psicológica, e algumas expressões, muito em uso atualmente no espaço da mídia, passaram a ser apropriadas nesses discursos.

A relação com o outro é descrita por ações como: acolher e conversar, orientar, informar, ajudar aquele que não tem, preencher as faltas com conteúdos na forma de prescrições sobre a saúde e doença e que eles julgam que lhes seja restituído o poder de ajudar, desde que o outro cumpra a sua parte, ou seja, não adoça; obter o reconhecimento do outro, sobre o seu verdadeiro interesse, que pode se manifestar apenas em ouvi-lo ou não poupar esforços para resolver todas as dificuldades que se colocam para esta população ao enfrentar situações relacionadas a alguns tratamentos médicos ou mesmo as condições necessárias à manutenção da saúde.

A relação entre estes dois segmentos, delimitados no discurso pelo próprio sujeito e a pessoa atendida, é marcada por lugares diferentes; o do primeiro como daquele que tem algo, ou a disponibilidade, ou a informação, ou o conhecimento e saber, ou mesmo o poder de facilitar o acesso; e do outro, que depende do primeiro para tentar conseguir atenção, e não apenas de uma consulta, ou exame, difíceis no seu meio, mas poder também significar seu sofrimento. Permeada pelo lugar institucional que diferencia estas duas pessoas, a relação, como nos é apresentada, permite compreender que os sujeitos desses discursos naturalizam o mundo social ordenado de forma hierárquica, em que as pessoas, ocupando lugares diferentes, têm poderes diferentes para decidir.

O vínculo com a população é, então, o eixo sobre o qual se sustentam as ações do PSF. Acrescentando os estudos sobre a concepção de sujeito, buscando a compreensão das relações entre o segmento dos trabalhadores e a população, pode-se apreender que as ações realizadas e que têm como retorno a satisfação de experimentar a potência são aquelas voltadas para o cuidado e a ajuda, no que compreendem que as pessoas atendidas por eles necessitam. A forma como

são apresentados os relatos de casos com resultados positivos – cura ou melhora – revela que isso também influencia no sentimento. Estudos que abordam este tema reforçam a ideia de que o vínculo e a confiança estabelecida entre profissional e usuário são aspectos importantes na ampliação do cuidado na perspectiva da assistência no PSF (OLIVEIRA, *et al.*, 2008; UCHOA, 2009).

A base sobre a qual se poderia traçar um panorama obtido a partir das entrevistas é, sem dúvida, a motivação de ajudar, que se manifesta explicitamente em todas elas. Situações extremamente precárias observadas muito de perto mobilizam a busca de dirimir o sofrimento, especialmente aquele da dor provocada pela doença, ou pela falta de assistência. Pode-se perceber que o trabalho é afetado muito de perto pela dor do outro, que se coloca numa posição de receber a ajuda disponível na equipe. Longe de refletir o que leva a essa situação, quais são seus determinantes, há que se diminuir essa dor que acaba atingindo também o profissional. Mas a possibilidade de alguns deles perceberem que esta forma de agir tem um retorno desejado, o que significa para eles também poder receber ajuda, indica que esta motivação é anterior e não consequência desse encontro, pois poder ajudar parece ser um componente da identidade social bastante valorizado nestas pessoas.

Wuthnow (1996) realizou um estudo sobre atos de compaixão, no qual levantou as razões pelas quais as pessoas envolvidas explicam suas ações. Entre as apresentadas está a natureza humana e o argumento religioso ou metafísico. Uma outra linha de argumentação que o autor apresenta é que:

La mejor razón para la compasión no es que nos beneficie de alguna forma tangible o material, sino que nos proporcione satisfacción personal (p. 357-358).

Ainda mais forte é o entendimento dessas ações como contribuição social em que pode haver um retorno não imediato, ou seja, se entende que “se siembra y se recoge” (p. 368), de forma a constituir uma rede em que se incluem todos os segmentos sociais que se beneficiam.

O argumento da satisfação pessoal colocado por Wuthnow parece ser consistente para entender a relação de ajuda entre profissional e usuário, pois o remete ao

legado cultural e, na tradição religiosa de nossa sociedade, a caridade permanece ainda como um valor importante na construção de imagens positivas com as quais pode haver a busca de identificação.

O sentido de ajuda observado nas ações relatadas é o de fazer para e pelo outro, ou estar o mais próximo possível para acompanhar se este outro cumpre os preceitos determinados pelo serviço de saúde para combater as doenças. Não se percebe nos relatos uma forma de ajuda para possibilitar ao outro, num momento posterior, construir um destino autônomo. Em uma sociedade de *powerlessness* – dos desprovidos de poder, em que as sensações de desamparo e impotência prevalecem – a função de ajudar pode recuperar imaginariamente o poder de quem ajuda, mas impede aquele que recebe de ver o seu próprio e, assim, alimenta um ciclo.

Este é o modelo de encontro propiciado pelo programa: de tentativa de preenchimento das faltas e carências, aquelas reconhecidas no imediato da relação, e que Campos (2003) entende que propicia o vínculo entre população e profissional. O vínculo também estabelece uma relação de poder porque os profissionais, ao preencherem aquilo que uma população sem nada (ou com pouco) busca, constroem sua potência nessa relação, e a possibilidade de estabelecer dependência é muito maior do que criar autonomia ou emancipação.

No caso das doenças crônicas, cujo agravamento conduz à piora nas condições de vida com exacerbção das situações de miséria pessoal e social, o que se busca é que o paciente, diante desse diagnóstico, passe a adotar atitudes adequadas para evitar a evolução da doença. Isto implica em mudanças, às vezes bastante sérias na conduta de sua vida, e para que isto aconteça, eles são cobrados frequentemente e recebem acompanhamento direto, segundo os relatos ouvidos nas entrevistas. Então, as ações que definem melhor nosso esboço são de controle intenso sobre esses pacientes, no sentido de dominar esta situação, mesmo sem saber como e o que significa a situação para o paciente. Não se manifesta a preocupação em saber qual é a verdadeira compreensão que o paciente tem sobre o diagnóstico, o funcionamento do seu corpo, a lógica que orienta a evolução da doença. Contar com sua participação parece ser, na verdade, esperar uma adesão cega às verdades apresentadas a ele. E essas verdades

são as que provêm do conhecimento construído pela Medicina, e a partir das quais se cria uma linguagem comum, orientam-se as opções, a escolha das prioridades, inclusive as de ajuda.

O sentimento de proximidade com as pessoas que recebem assistência é o que vem completar este quadro. No PSF, a população daquele território é mais do que o cadastro de fichas do posto – as pessoas têm realidade no lugar onde vivem e lhe dão o seu tom, seu odor, seu tempero, que compartilham com os ACSs e se abrem nas visitas criando intimidade, possibilitando, em troca, o reconhecimento pelos cuidados dispensados, que até os ‘bandidos’ respeitam. Nas narrativas, verifica-se que esses trabalhadores percebem que o contato com as pessoas no local de vida torna-se uma forma de atuação que supera a burocracia e a rotina observada nos demais setores da saúde.

Considerações finais

No material obtido, pode-se perceber que as doenças se mantêm num lugar privilegiado, e parece ser em torno dessas preocupações que as equipes se organizam, pensam e dão sentido a suas ações. O aspecto assistencial busca responder aos anseios da população, que procura atendimento para problemas imediatos e específicos e apresenta ainda dificuldades para entender e aderir às abordagens preventivas. Os estudos de Ronzani e Silva (2008) e de Sousa e Hamann (2009) corroboram estas observações e reconhecem que o modelo biomédico não foi superado.

Ao atuar no PSF, dando conta de assistir às pessoas nas suas necessidades, ou consertando condições entendidas como geradoras das doenças por meio da mudança do outro, os profissionais vivenciam a relação que estabelecem como de ajuda, o que permite a eles reincorporar a potência, à medida que se sentem realizando algo, que são capazes de interferir na realidade e que, portanto, podem se reinvestir do sucesso que sustenta as sensações descritas como de satisfação pelos resultados obtidos e que os nutre, reforçando o envolvimento com o programa.

Reconhecer os valores, ideais, emoções e preconceitos como elementos da cultura do nosso tempo, acionados a partir do centro hegemônico, que constituem o material com o qual se constroem as subjetividades ou

as matrizes identitárias dos sujeitos contemporâneos, nos permite começar a compreender como a organização sociopolítica se constitui e se mantém na interiorização desses aspectos, mas fundamentalmente na naturalização desse processo. Um projeto de intervenção pode possibilitar mudanças realmente significativas ao se propor a explicitar esse jogo de poder, pois a adesão cega nada mais é que a alienação no *status quo*, sustentado pelas crenças nos ideais de virtude.

Ao se compreender que a configuração social, em todos os aspectos que isso implica, determina não

apenas os pensamentos, as relações, mas conteúdos e lugares de desejo, moldando identidades e desenhando as narrativas que vão constituir a realidade naturalizada a partir de conceitos hegemônicos disseminados em determinado momento histórico, o PSF não escapa a essa determinação. Assim, as relações construídas nesse contexto, embora sejam plenas de conteúdos humanitários, também são esvaziadas de possibilidade de trocas, à medida em que não se reconhece no outro a condição para participar das decisões e encaminhamentos de sua própria vida. ■

Referências

BLANQUES, A.M. *Um projeto de intervenção social visto pelos seus agentes – estudo psicossocial do Programa de Saúde da Família*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1935-1943, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo da Atenção Básica*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Programa de Saúde da Família*. Editora Coordenação de Processo Editorial/CGDI/SAA/SE. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

FALEIROS, J.J. Profissionais para reorientar o modelo assistencial. Quantos e Quais? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 27, n. 1, p. 55-64, 2003.

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

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.

ROCHA-COUTINHO, M.L. Análise do Discurso em Psicologia: algumas questões, problemas e limites. In: SOUZA L.; FREITAS, M.F.Q.; RODRIGUES, M.M.P. *Psicologia: reflexões im(pertinentes)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 317-345.

RONZANI T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, Suplemento 1, p. 1325-1335, 2009.

UCHOA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 29, p. 299-311, 2009.

VERAS, C.L.M.; RODRIGUES, R.M.; CARVALHO, A.L.B. O Programa Saúde da Família na Paraíba: do Processo de Implantação aos Resultados. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 20, p. 26-34, 2000.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

WUTHNOW, R. *Actos de Compasión. Cuidar de los Demás y Ayudar-se a Uno Mismo*, Madrid: Alianza Editorial, 1996.

Recebido para publicação em Fevereiro/2011

Versão definitiva em Maio/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve

Sobrecarga familiar no transtorno mental grave: uma introdução

Family burden in severe mental disorder: an introduction

Maria Goretti Andrade Rodrigues¹, Letícia Krauss Silva²

¹ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Professora do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da Universidade Federal Fluminense (UFF).
goretti@vm.uff.br

² Pós-Doutorado na University of Michigan; Doutora em Avaliação Tecnológica; Pesquisadora Titular da ENSP da FIOCRUZ.
leticia@ensp.fiocruz.br

RESUMO O objetivo deste trabalho é apresentar o conceito de sobrecarga familiar, explicitar suas dimensões e instrumentos de medida e a sua aplicação em ensaios, enquanto desfecho, na avaliação de eficácia da intervenção familiar na esquizofrenia. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica. Algumas dimensões estão incluídas em quase todos os instrumentos: preocupação e efeitos na família do transtorno do paciente, efeitos sobre o lazer, angústia e consequências financeiras. Apenas quatro instrumentos tiveram procedimentos de validação relativamente completos. Quatro ensaios relativamente bem desenhados estudaram o desfecho da sobrecarga familiar, sendo seus resultados favoráveis à intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Sobrecarga familiar; Esquizofrenia; Intervenção familiar; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT *This paper aims to present the concept of burden family, its dimensions, and make available instruments as well as its application, as an outcome measure, in trials of family intervention, taking as an example the schizophrenia. The method used was a literature review. Some dimensions are included in almost all instruments: worry and consequences for family members of the patient condition, impact on leisure, anguish, and financial impact. Only four instruments had validation procedures that were relatively complete. Four well designed trials studied the outcome family burden, their results were generally favorable to family intervention.*

KEYWORDS: *Family burden; Schizophrenia; Family intervention; Psychiatric Reform.*

Introdução

A assistência em Saúde Mental passou por profundas mudanças nas últimas décadas em todo o mundo. No Brasil, na década de 1980, houve consenso entre técnicos, prestadores de serviços públicos e privados, governo e opinião pública que a assistência prestada, tendo como praticamente único recurso o hospital psiquiátrico, era de má qualidade. Em 1992, a implantação no país de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico passou a ser uma das estratégias de reestruturação da assistência em saúde mental do Ministério da Saúde, conforme a Portaria 224.

A psiquiatria comunitária, na forma dominante nos países desenvolvidos em geral (América do Norte, Europa Central e do Norte), decorreu principalmente de um movimento americano (MECHANIC, 2001). A desinstitucionalização rápida e massiva de hospitais psiquiátricos públicos, nos Estados Unidos, começou em 1955, como produto da introdução de drogas neurolépticas, de mudanças nas atitudes públicas e administrativas, do crescimento de uma infraestrutura de bem-estar social na comunidade e de uma forte ideologia comunitária social. Foi apoiada por um amplo corpo de pesquisa, o qual descreveu a organização rígida, sob disciplina e controle estritos; a desumanização de grandes hospitais psiquiátricos e os efeitos debilitadores da internação a longo prazo (MECHANIC, 2001; SCHENE *et al.*, 1994), particularmente, o ensaio teórico *'Asylums'* de Erving Goffman, de 1961, e o trabalho de Wing, de 1962, sobre *'institucionalismo'*, mas também os estudos de Brown *et al.*, sobre emoção expressa (1962; 1972), o qual procura medir hiper criticismo, hostilidade e superenvolvimento emocional do familiar em relação ao paciente, e ainda os trabalhos conjuntos de Wing e Brown sobre outros fatores que afetariam o curso do tratamento psiquiátrico na comunidade.

Algumas ideias inválidas e simplistas prevaleciam naquela época e ainda podem ser ouvidas atualmente, como, por exemplo, que os transtornos mentais não são reais, apenas um rótulo, e que os pais causavam a maioria dos transtornos mentais graves em seus filhos. As pesquisas que examinaram a instalação e o curso, por exemplo, da esquizofrenia, tenderam a considerar a família como um fator importante para a patogênese

do transtorno (MECHANIC, 2001). Todavia, os trabalhos empíricos sobre a questão não conseguiram confirmar essa hipótese (KAPLAN; SADOCK, 1999; LEHMAN; STEINWACHS, 1998).

Segundo Held e Falloon (1999), mesmo atualmente não haveria modelos patogênicos e etiológicos simples ou uma razão para esperar que resultados de pesquisa futura venham a produzir formulações simples sobre, por exemplo, as *'causas da esquizofrenia'*. Ao contrário, o modelo estresse-vulnerabilidade, que exclui, em geral, supostos etiológicos, tem se mostrado heurísticamente válido, porque é muito adequado para formular relações interativas entre variáveis heterogêneas, como expressões de fatores genéticos e ambiente familiar. Segundo esse modelo, um indivíduo pode ter uma vulnerabilidade específica (diátese), a qual, quando influenciada por fatores ambientais estressantes, permite o desenvolvimento dos sintomas de esquizofrenia. No modelo de estresse-diátese mais geral, a diátese ou o estresse podem ser biológicos, ambientais ou psicológicos (por exemplo, situação familiar estressante ou morte de um parente próximo). A base biológica de uma diátese pode ainda ser moldada por influências epigenéticas, tais como: abuso de drogas, estresse psicossocial ou trauma (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Alguns trabalhos documentaram, por outro lado, a profunda desorganização para a vida familiar somada ao estresse, experienciada quando um membro da família desenvolve, por exemplo, esquizofrenia ou sofre exacerbação de seus sintomas (FALLOON; PEDERSON, 1985). Os profissionais envolvidos com as demandas da nova versão de cuidado e com a pesquisa, para modelar a atenção fora do hospital às pessoas com transtorno mental grave, se depararam com as dificuldades da família, deixada com um papel de custódia insatisfatório, em acolher o paciente e em funcionar como coterapeuta.

Além disso, este movimento para fora do cuidado hospitalar resultou em grande interesse na inserção comunitária de pacientes psiquiátricos. O tratamento do paciente em ambientes menos restritivos e o *consumer empowerment* tornaram o funcionamento e o desempenho sociais conceitos importantes, não apenas para pacientes, profissionais e pesquisadores, mas certamente também para familiares e parentes próximos

de pacientes. Confrontados com as tarefas de cuidador, deles retiradas desde o início do século 19, com a institucionalização, os familiares tiveram que aprender a dar conta novamente do comportamento disfuncional inerente à maioria das pessoas com transtorno mental grave (SCHENE *et al.*, 1994).

As consequências adversas do transtorno mental para familiares, conhecidas como sobrecarga familiar ou do cuidador, têm sido estudadas desde o início dos anos 1950 por diferentes razões: primeiro, para determinar a viabilidade da alta hospitalar e da inserção de pacientes na comunidade; depois, para refinar o conceito de prestação de cuidado/cuidador, seu conteúdo e sua estrutura subjacente; mais recentemente, para medir sobrecarga como uma variável de desfecho (resultado) em ensaios clínicos controlados e na avaliação de programas (REINE *et al.*, 2003).

Embora a prestação de cuidados pela família seja uma variável relevante no cenário internacional, nas discussões sobre desinstitucionalização psiquiátrica e no cenário brasileiro, o conceito de sobrecarga familiar não é utilizado. A família é apontada como ator social fundamental (ROSA, 2003; MELMAN, 2001), mas as dimensões da sobrecarga familiar não são discutidas. Não há política do Ministério da Saúde voltada para efetivar especificamente formas de intervenções psicossociais e educativas aos familiares, embora haja estudos acadêmicos significativos sobre o tema (VILLARES; MARI, 1998; VILLARES, 2000; SCAZUFCA, 2000; BANDEIRA; BARROSO, 2005), os quais incluem a validação de uma escala de sobrecarga familiar para o contexto brasileiro (BANDEIRA *et al.*, 2005; BANDEIRA *et al.*, 2007; BANDEIRA *et al.*, 2008). Este é considerado um ponto-chave para o processo de desinstitucionalização no país, visto que a família é o maior envolvido no problema de pessoas com transtorno mental. A sobrecarga familiar necessitaria, portanto, ser mais entendida para ser melhor trabalhada pelos serviços de saúde mental.

Objetivos

Introduzir o conceito de sobrecarga familiar no transtorno mental grave, explicitando suas dimensões,

instrumentos de medida e aplicação na avaliação de eficácia da intervenção familiar, tomando como exemplo a condição esquizofrenia.

Sobrecarga familiar: conceito e dimensões

Sobrecarga familiar é um conceito complexo e considerado multidimensional para os autores da área, segundo Schene *et al.* (1990; 1994). Esses autores, assim como Reine *et al.* (2003), remontam a Treudley, em 1946, na definição de *burden on the family* como as consequências para familiares que mantêm contato próximo com pessoas com transtorno mental grave.

Segundo Schene *et al.* (1994), alguns pesquisadores consideram o comportamento e os sintomas do paciente como a origem da sobrecarga. O comportamento disfuncional resultaria na interrupção da rotina do lar e em tarefas relacionadas ao cuidado com o paciente para familiares próximos. Outros sugerem que o cuidado do paciente pode resultar na sobrecarga de papéis desempenhados, porque esse somaria a papéis definidos culturalmente dos familiares. Outros pesquisadores se referem aos estudos sobre estresse, considerando o disfuncionamento do paciente e suas diferentes consequências como estressores crônicos com os quais os familiares devem aprender a lidar.

O conceito de sobrecarga familiar foi ampliado com a noção anglo-saxônica de *caregiver*, traduzido como 'cuidador'. Schene *et al.* (1994) definem esta ação de cuidado como a relação entre dois indivíduos adultos que são tipicamente relacionados por meio de parentesco (os pais, na maioria dos casos, mais raramente os descendentes ou parentes colaterais). Um, o cuidador, assume uma responsabilidade não-prevista e gratuita pelo outro, o recebedor de cuidado, cujos problemas de saúde mental são incapacitantes e de longo prazo por natureza, com nenhum tratamento curativo disponível. O recebedor de cuidado é incapaz de cumprir obrigações recíprocas associadas com relações normativas adultas, e os problemas de saúde mental são sérios o bastante para requerer quantidade substancial de cuidado. O que torna o cuidado uma sobrecarga, segundo esses autores, é a adição do papel de cuidador ao já existente papel familiar.

De acordo com Schene *et al.* (1998), há poucos estudos empíricos disponíveis sobre o que exatamente constitui os diferentes domínios da prestação de cuidados e como estes se relacionam à angústia do cuidador. Embora o conceito seja referido como sobrecarga ‘familiar’, os autores informam que a maioria dos estudos trabalha com ‘cuidadores’ primários. Por outro lado, a sobrecarga do cuidador teria uma abrangência menor do que a familiar, a qual, para esses autores, incluiria as consequências aos outros familiares que não o cuidador principal, tais como: as relações interpessoais dentro da família, as consequências para os filhos do paciente e a rede de suporte social de toda a família.

Sobrecargas objetiva e subjetiva

Uma distinção teórica importante feita por quase todos os pesquisadores, segundo esses autores, e revisada por Schene (1990), é entre a sobrecarga objetiva e a subjetiva. O autor considera sobrecarga objetiva como os sintomas e o comportamento de pacientes com problemas mentais, dentro do seu ambiente social, e suas consequências. A sobrecarga subjetiva estaria relacionada especialmente às consequências psicológicas para a família.

Para a maioria dos autores, a sobrecarga objetiva abrangeria os seguintes aspectos: a ‘rotina doméstica’ acrescida de mais tarefas, em parte aquelas que seriam do paciente, em parte as de cuidar do paciente, assim como a supervisão e controle do mesmo; as ‘relações familiares’ mais tensas, não apenas em função da necessidade de mais cuidado ou da necessidade de assumir mais tarefas, mas também pelo estresse subjetivo de cada pessoa envolvida, isto é, as consequências sociais e o problema da atribuição das causas da esquizofrenia; as ‘relações’ sociais, prejudicadas pelo estigma do paciente (constrangimento em relação a determinados comportamentos exagerados, vergonha pela falta de cuidados pessoais em alguns casos); ‘lazer e carreira’ dos familiares envolvidos com a pessoa com transtorno mental, comprometidos pelo fato de assumirem mais tarefas e darem suporte; ‘financeiro’, em função da dificuldade da pessoa com transtorno mental trabalhar ou mesmo de o cuidador ser impedido de tal ou das perdas financeiras correspondentes; crianças e irmãos com alto risco de transtorno mental, devido a fatores de risco psicológicos

e pedagógicos que reduzem a adaptabilidade; os irmãos recebem menos atenção quando seus pais passam a ficar muito envolvidos no cuidado de um irmão ou irmã com transtorno mental, podendo estar sob pressão para serem mais colaborativos, assumirem tarefas extras e darem mais suporte, além dos problemas relacionados ao estigma social e outros já mencionados.

Para a maioria dos autores, a sobrecarga familiar subjetiva compreenderia: saúde física, inclusive sintomas psicossomáticos – perda de apetite, dor de cabeça, dor de estômago, hiperventilação – e danos físicos, decorrentes do comportamento agressivo do paciente; a saúde mental, ou seja, tensão, ansiedade, irritabilidade até infelicidade e depressão; e o estresse subjetivo, com emoções e sentimentos negativos, como culpa, incerteza, ambivalência, ódio, raiva, condolência e sentimento de perda, em parte, já considerados dentro das tensões que sobrevêm às relações familiares.

Schene (1990) elaborou ainda um arcabouço teórico para as dimensões objetivas e subjetivas da sobrecarga, com o propósito principal de obter uma melhor apreensão qualitativa e quantitativa de ambos os aspectos da sobrecarga e, para isso, três abordagens seriam úteis: a teoria sistêmica, a do papel social e a do processo de estresse.

A ‘abordagem sistêmica’ distingue os seguintes subsistemas: individual, familiar, da rede social e comunidade e/ou cultura, sendo que cada um deles teria suas próprias características e dinâmicas. Segundo a ‘teoria dos papéis sociais’, as pessoas são os atores em um sistema de relações sociais, sendo que categorias de pessoas se comportam mais ou menos da mesma forma em alguns aspectos. Tais categorias são denominadas posições, por exemplo, mãe, pai, filho. Uma pessoa numa posição teria certas expectativas sobre a outra em posição oposta. Este jogo de expectativas é denominado ‘setor de papel’ (*role sector*). Diferentes setores de papéis considerados juntos formam um papel social, o qual seria um complexo das expectativas de comportamento de uma pessoa para com outra de acordo com a posição que cada uma delas ocupa. Em função do transtorno mental se manifestar por meio de sintomas, prejuízos e desabilidades, os pacientes falham em vários graus no desempenho de seu papel social. Eles não seriam conforme as expectativas de seus familiares, o que pode

ser muito estressante para os envolvidos. Os familiares também teriam de assumir tarefas que seriam desempenhadas pelo paciente. O funcionamento do papel social perturbado (associado aos chamados sintomas negativos da esquizofrenia) e o comportamento desorganizado (associado aos sintomas positivos) podem ter uma influência direta sobre a sobrecarga dos familiares.

Pela 'teoria do estresse', os sintomas, o mau funcionamento do papel do paciente e a sobrecarga objetiva correspondente são considerados estressores ambientais ou tensões crônicas sofridas pelos familiares, que poderiam resultar no aspecto subjetivo da sobrecarga, isto é, a sobrecarga emocional ou estresse subjetivo.

Schene (1990) emprega essas três abordagens teóricas na discussão, que resumimos a seguir, das variáveis que a literatura aponta como determinantes das sobrecargas objetiva e subjetiva.

O aspecto objetivo da sobrecarga com relação ao primeiro subsistema, o individual, se relaciona aos sintomas, ao comportamento e às características sociodemográficas do paciente. Uma inter-relação entre gravidade do comportamento sintomático e grau de sobrecarga foi bem estabelecida pela literatura da área, segundo Schene (1990). Seria mais difícil, entretanto, determinar os tipos de sintomas que são particularmente difíceis de lidar. O autor argumenta que tanto os sintomas positivos como os negativos teriam sido examinados, tendo alguns autores concluído que os sintomas positivos, como a 'atuação' (*acting out*), o comportamento agressivo ou destrutivo, as alucinações e delírios ou tentativas de suicídio, seriam mais difíceis de lidar. Na chamada cultura ocidental, seria menos aceitável se comportar de uma maneira desorganizada ou bizarra do que atuar com retraimento e depressão. Outros autores consideram que os sintomas negativos seriam mais difíceis de lidar, pois os familiares sentem que fogem dos padrões de comportamento normal, e seriam parte das características do paciente ao invés de uma consequência do transtorno mental. Isso implica a crença de que o paciente seria capaz de controlá-los e alterar seu comportamento adequadamente. Por outro lado, os sintomas positivos são relacionados diretamente ao transtorno e são intermitentes e menos frequentes, enquanto os sintomas negativos seriam cronicamente disfuncionais. Um estudo hindu (GOPINATH;

CHATUVERDI, 1992) encontrou, dentre os sinais ou comportamentos mais estressantes, tanto aqueles correspondentes a sinais positivos quanto os associados a sinais negativos da esquizofrenia.

Seria mais apropriado, para Schene, procurar uma relação específica entre certos grupos de sintomas e áreas de sobrecarga específicas. Sintomas positivos, por exemplo, podem ter implicações muito mais sérias para os aspectos de estigma e relações sociais, enquanto os negativos são relacionados particularmente à mudança de papel e a outros aspectos das relações intrafamiliares.

Os achados dos estudos indicam que o sexo do paciente não determina o grau da sobrecarga, mas sim a (re)distribuição de papéis dentro do casal ou da família. A duração do transtorno, que é associada à idade do paciente, seria um fator importante, mas a constância e a gravidade dos sintomas teriam uma grande influência na extensão da sobrecarga levando, com o passar do tempo, ao fenômeno da crescente tolerância, resignação e de uma forma de '*burn out*' (exaustão) por parte dos familiares, o que seria válido tanto para a esquizofrenia quanto para outros transtornos mentais.

Sobre o nível individual dos aspectos subjetivos da sobrecarga, o autor ressalta que as relações familiares com o paciente e o laço afetivo correspondente teriam uma influência de longo alcance sobre as expectativas relativas ao desempenho de papéis, responsabilidades compartilhadas, tolerância, estilo afetivo, intimidade etc. Ele se remete aos trabalhos que utilizaram o modelo do 'processo de estresse', já mencionado, no qual as características pessoais dos familiares (como, por exemplo, as variáveis 'estratégias para lidar com o problema', 'habilidades interpessoais e sociais' e 'habilidades para resolver problemas') são consideradas moderadoras do estresse do ambiente.

A esse respeito, na literatura sobre sobrecarga, a visão pessoal ou o paradigma de transtorno mental, a tolerância ao desvio e atitudes com relação à pessoa com transtorno mental são fatores também estudados. O autor considera, com base nos estudos disponíveis, que as características pessoais seriam a chave para entender as discrepâncias frequentemente observadas entre as medidas de sobrecargas objetiva e subjetiva, esta frequentemente sendo bem menor que o esperado. Tal discrepância poderia ser entendida, assumindo que as pessoas

teriam se adaptar a situações estressantes por meio de mecanismos cognitivos como negação, normalização e redefinição do problema. Os familiares baixariam suas expectativas quanto ao paciente, numa tentativa de continuar a levar suas vidas, e se dar conta do que o transtorno mental realmente implica. Segundo as pesquisas, essas estratégias de lidar ocorrem em estágios, começando aos primeiros sinais do transtorno mental.

Sobre o nível familiar dos aspectos objetivos da sobrecarga familiar, os estudos se concentraram no tipo e na composição do lar e classe social. O Schene aponta que, nos estudos sobre composição da moradia, foram encontradas importantes diferenças entre lares parentais e os conjugais, com expectativas e tolerância em relação ao paciente diferindo amplamente entre os dois. Nos lares parentais, foram encontradas menores expectativas e tolerância maior. Alguns estudos pontuaram que a disponibilidade de pessoas dentro da família para assumir as tarefas da pessoa com transtorno mental pode influenciar a sobrecarga objetiva, com achados interessantes sobre as diferenças entre famílias nucleares e as maiores, sendo menor a sobrecarga nas últimas. A presença de crianças aumentaria a tensão, especialmente para mulheres; donas de casa considerariam menos o marido como sobrecarga do que mulheres que trabalham fora de casa, um achado provavelmente explicado por tensão de papel.

Três aspectos da classe social teriam um impacto importante sobre a sobrecarga objetiva. A renda familiar determinaria o grau de sobrecarga financeira e, em parte, também o tipo de atenção profissional e a possibilidade de se destinar um quarto ao paciente. O nível educacional ajudaria no sentido de identificar recursos sociais de suporte/cuidado. Nas classes sociais mais pobres, a maior incidência de pessoas com transtorno mental grave poderia tornar os parentes mais acostumados com o transtorno mental e ajudá-los a ser mais tolerantes. Por outro lado, as dificuldades do cotidiano seriam nelas mais frequentes, contribuindo no modelo de processo de estresse.

Com relação ao nível familiar da sobrecarga subjetiva, a matriz na qual cada membro individual deve operar seria determinada, segundo Schene (1990), pela capacidade familiar para redistribuir papéis, manejar o estigma e suportar o isolamento social. Resumindo, as

estratégias de lidar da família limitariam ou aumentariam a capacidade de cada familiar tolerar a sobrecarga.

Quanto à relação da rede social com a sobrecarga, as pesquisas teriam indicado que o suporte social e os elementos da rede social são importantes na gênese e no prognóstico da saúde física e mental. O convívio com uma pessoa com transtorno mental grave é reconhecido como um importante fator de estresse e a qualidade da rede, enquanto moduladora de estresse, deveria ser incorporada dentro deste arcabouço. O suporte social poderia ajudar familiares a lidarem com a sobrecarga objetiva, sendo de grande importância o suporte prático ou instrumental e o suporte de informação. Em relação à sobrecarga subjetiva, a dimensão psicológica é importante: embora o suporte possa estar disponível (aspecto cognitivo), é preciso que o familiar perceba que ele é cuidado e valorizado e que pertence a uma rede de comunicação, de obrigação mútua (aspecto emocional).

Por último, a comunidade/cultura exerceria influência sobre a sobrecarga objetiva por meio de vários mecanismos, tais como: leis sociais, sistemas de cuidados de saúde mental e oportunidades de emprego. O emprego tem influência direta sobre: a posição financeira, a quantidade de tempo que familiares e pacientes ficam em casa, o papel desempenhado por outros familiares e as relações sociais. O cuidado em saúde mental seria influenciado por custo, disponibilidade, diferenciação e outras características, os quais determinariam diretamente a extensão da sobrecarga objetiva. A intervenção durante as crises, a assistência social, a hospitalização parcial, os programas de cuidado diário, o trabalho protegido, os clubes sociais, os albergues e hospitais psiquiátricos – adaptados cada um às necessidades individuais do paciente e/ou da família – são serviços de atenção à saúde que poderiam reduzir a quantidade de sobrecarga objetiva.

Para elaborar a inter-relação entre cultura e sobrecarga subjetiva, ainda de acordo com aquele autor, as características de contextos sociais específicos têm que ser consideradas. O que se constitui como sobrecarga em determinado contexto social, em outro pode não constituir. Finalmente, argumenta-se que as ideologias determinariam as possíveis explicações que familiares podem utilizar em sua tarefa de ajudar ou cuidar dos

pacientes (seu propósito na vida?, sua 'cruz'? etc). Variáveis culturais determinariam o tipo de tratamento considerado adequado e aceitável, bem como o tipo de sistema de cuidado de saúde mental disponível. As ideologias e os paradigmas, portanto, teriam consequências de amplo alcance para o estresse ou sobrecarga subjetiva de familiares individualmente.

O conceito de prestação de cuidados pela família e sua relação com o estresse ou sobrecarga

O conceito de prestação de cuidados pela família (*family caregiving*) foi mais recentemente elaborado por Smukler *et al.* (1996), os quais consideram o conceito de prestação de cuidado de mais fácil validação que o de sobrecarga. O instrumento *Experience of Caregiving Inventory* (ECI), criado por esses autores, é autoadministrado e mede a avaliação da prestação de cuidados por familiares de pessoas com transtorno mental grave. Foi elaborado a partir do paradigma *stress-coping*, no qual o transtorno (comportamentos e habilidades) do paciente é visto como o estressor a ser avaliado (*appraised*) pelo cuidador, os fatores mediadores dessa avaliação são a personalidade do cuidador, a qualidade das relações familiares e o grau de apoio social, e os resultados (físicos e psicológicos) para o cuidador são considerados resultantes de uma interação entre a avaliação e as estratégias de lidar (*coping*) do cuidador (esforços cognitivos e comportamentais, objetivando controlar as demandas colocadas pelo paciente). Possui dez escalas, sendo oito negativas (comportamento difícil, sintomas negativos, estigma, problemas com serviços, efeitos sobre a família, perdas, dependência e necessidade de retorno) e duas positivas (resultados pessoais positivos e aspectos bons da relação com o paciente).

Schene *et al.* (1998) desenvolveram o *Involvement Evaluation Questionnaire* (IEQ), com o objetivo de obter uma medida confiável e sensível a intervenções. Eles estudaram: a dimensionalidade do conceito de prestação de cuidados (tarefas e problemas associados); a conexão entre as dimensões da prestação de cuidados identificadas e as características do paciente (inclusive, sexo, idade, duração e curso clínico da doença) e do cuidador, e suas relações; e a conexão entre as dimensões da prestação de cuidados e o estresse (ou sobrecarga subjetiva) do cuidador. Foram analisados dados de 480

famílias de pessoas com transtorno mental grave, em geral, a esquizofrenia.

Uma análise dos componentes principais dos 36 itens de prestação de cuidados considerados pelo questionário revelou quatro domínios distintos da prestação de cuidados: tensão (atmosfera interpessoal tensa entre paciente e familiar); supervisão (tarefas de prestação de cuidados relacionados à segurança e proteção relativas a tomar medicação, ao sono e a comportamentos perigosos do paciente); preocupação e mobilização (ativação e motivação), ou seja, estimulação do paciente para cuidar de si próprio e realizar atividades.

Quanto ao segundo objetivo, estudar a influência das características do paciente, do cuidador e sua relação com os quatro domínios da prestação do cuidado e o escore geral de prestação de cuidados, as análises de regressão múltipla indicaram que, das características do paciente, em especial, a sintomatologia durante as quatro semanas anteriores é a variável mais consistente e fortemente associada com os problemas e tarefas da prestação de cuidados. Ao nível das dimensões/domínios, as características do paciente estiveram associadas principalmente com tensão e preocupação; todavia, os sintomas psicóticos foram fortemente associados ao aumento da supervisão e mobilização e não estiveram relacionados à tensão e preocupação, enquanto a apatia do paciente apresentou uma associação substancial com mobilização, mas não foi relacionada com tensão, supervisão e preocupação. Os resultados desse estudo relativizam achados de outros pesquisadores de que sintomas positivos ou negativos, especificamente, causariam maior sobrecarga ao cuidador.

As características do cuidador foram relacionadas principalmente à dimensão tensão enquanto as características da relação, à supervisão. No caso das características do cuidador, a habilidade para lidar com os problemas de saúde mental do paciente e manter contato com o profissional de saúde mental responsável pelo paciente foi relacionada significativamente com a maioria dos domínios da prestação de cuidados, bem como com o escore geral da prestação de cuidados. Afora o número de horas de contato pessoal, as características da relação entre paciente e cuidador não tiveram impacto no escore geral.

Com relação à associação entre prestação do cuidado (tarefas e problemas associados) e o estresse (sobrecarga subjetiva) do cuidador, objetivo final do estudo, tensão e preocupação foram fortemente associadas com estresse do cuidador; as correlações de supervisão e de mobilização com estresse foram menores. Os 200 familiares que tiveram menos que uma hora de contato por semana com o paciente mostraram mais preocupação, mas menos estresse, comparados com familiares com mais de uma hora de contato.

O estudo sugere, portanto, relações complexas entre as variáveis estudadas. A prestação de cuidados parece ser uma variável mediadora no processo causal entre paciente, cuidador e relação paciente-cuidador e o desfecho de estresse do cuidador. Este papel mediador parece ser mais importante na conexão entre estresse (sobrecarga subjetiva) e características da relação, e menos importante na conexão entre estresse e características do cuidador. Análises adicionais dos dados do estudo mostraram que os familiares que mencionaram mais angústia também utilizaram mais medicação psicotrópica e consultaram seu clínico geral com mais frequência. O fornecimento de cuidados seria assim uma importante questão de saúde pública.

Os autores arguem que seus achados sugerem que o fornecimento de cuidados e o estresse que daí pode surgir podem ser diminuídos, reduzindo os sintomas do paciente, aumentando a capacidade dos familiares para lidar com as dificuldades e diminuindo o número de horas de contato entre o familiar e o paciente. Essas seriam intervenções também relevantes, possivelmente para outros dois desfechos da prestação de cuidados: a decisão de internar o paciente e as mudanças no papel do cuidador.

Instrumentos

A medida de sobrecarga depende de como ela é conceituada. Os primeiros modelos teóricos descrevendo a estrutura da sobrecarga ou do cuidado começaram a ser publicados ao final da década de 1980. Schene *et al.* (1994) fizeram uma revisão sistemática de instrumentos de sobrecarga familiar disponíveis em inglês, a partir de uma base de dados elaborada por meio de questionários para pesquisadores de sobrecarga familiar. Foram excluídos instrumentos desenvolvidos

primariamente para uso com outros cuidadores, que não aqueles de pacientes mentais graves. Sete questionários foram eliminados porque: estavam em fase muito inicial de desenvolvimento, não tinham sido usados nos últimos dez anos ou haviam usado instrumentos já existentes sem adaptação. A amostra final consistiu de 21 instrumentos de sobrecarga familiar, inclusive cinco instrumentos de países europeus, que não o Reino Unido, e dois hindus.

Os pesquisadores responderam sobre a fundamentação teórica subjacente à sua medida e sobre a abrangência de seu instrumento quanto a 20 dimensões. As dimensões avaliadas foram: efeito da sobrecarga familiar sobre a interação familiar, a rotina da família, o lazer, o trabalho/emprego, a saúde mental, a saúde física, o uso de psicotrópicos, a rede social, outras pessoas que não os familiares, as crianças da família, e a relação da sobrecarga familiar com ajuda ao paciente em atividades da vida diária; supervisão do paciente; encorajamento do paciente; e ainda as condições e sentimentos associados à condição de cuidador: estresse; estigma; preocupação; vergonha; culpa; consequências financeiras e sobrecarga global.

Embora quase todos os pesquisadores tenham feito distinção entre sobrecarga objetiva e subjetiva, as definições de sobrecarga objetiva e subjetiva estão implícitas, antes que explícitas, nos instrumentos e as operacionalizações correspondentes diferem. Alguns estudos consideram sintomas e disfuncionamento como objetivos e avaliam a angústia do informante (sobrecarga subjetiva) em relação a cada dificuldade ou problema particular associado à doença do paciente. Um desses estudos, por exemplo, inclui medidas de sobrecarga subjetiva como raiva, depressão e embaraço, separadamente das medidas de cuidado objetivo (assistência/atenção). Outro instrumento considera que a sobrecarga deve ser medida objetivamente, por exemplo, com que frequência os familiares têm de executar tarefas para cuidar do paciente? Algumas dimensões são incluídas em quase todos os instrumentos. Preocupação e os efeitos do transtorno do paciente na família são as mais frequentemente incluídas (n=19). Efeitos sobre o lazer (n=18), angústia (n=18), e consequências financeiras (n=17) são também típicas. Entre as dimensões menos frequentemente medidas estão o uso de psicotrópicos

(n=3), o encorajamento do paciente (n=9), os efeitos sobre a saúde física do cuidador (n=10) e os sentimentos de culpa (n=10) e vergonha (n=10) do cuidador.

Os autores da revisão não acharam apropriado recomendar um instrumento. Eles argumentam que a escolha final de um instrumento depende de uma variedade de considerações, incluindo o propósito do estudo. Os autores recomendam instrumentos específicos, por exemplo, para estudar familiares de portadores de esquizofrenia (n=7, sendo três deles bastante específicos), para estudos especializados quando o foco é sobrecarga econômica (n=1) e para estudar reações de pesar (n=1). A seleção de instrumentos individuais também pode depender de outros requerimentos específicos, tais como: tempo para administração, formação do entrevistador e método de administração. Por exemplo, se um breve questionário autoadministrado deverá ser usado, então reduz-se consideravelmente a gama de opções.

Os autores apontam critérios que podem ser aplicados na escolha de um instrumento para uso clínico: brevidade e facilidade de administração, abrangência de cobertura, ser apropriado para diferentes tipos de pacientes e familiares e possuir propriedades psicométricas adequadas. Os autores ressaltam que, apesar de vários instrumentos revistos apresentarem tais requisitos, a medida de sobrecarga na prática clínica é relativamente nova, e nenhum autor havia descrito normas clínicas ou pontos de corte que pudessem ser usados para detectar individualmente familiares em risco de sobrecarga ou para servir como base à intervenção clínica em relação ao familiar.

Outra revisão de instrumentos para medir sobrecarga familiar na condição esquizofrenia, feita por Reine *et al.* (2003), visou explorar o grau de desenvolvimento e formalização dos questionários, sua acessibilidade, a finalidade dos instrumentos, seu modo de administração, as dimensões avaliadas e estudos publicados sobre suas qualidades psicométricas. A estratégia de busca realizada compreendeu as bases eletrônicas *Medline*, *Psyclitt* e *Pascal*, utilizando os termos 'caregiver' ou 'caregiver and mental disorder', associados aos termos 'burden' ou 'quality of life', no período entre 1966 a 2001, além de pesquisa manual a partir das fontes bibliográficas das publicações selecionadas na busca eletrônica. Foram

identificados 16 instrumentos de medida de sobrecarga do cuidador relacionados aos portadores de esquizofrenia, que foram divididos em dois grupos: instrumentos que descrevem a sobrecarga relacionada ao comportamento perturbador do paciente; e instrumentos que descrevem as dimensões da vida familiar afetadas pelo transtorno mental do paciente, eventualmente associadas a uma medida de sobrecarga ligada a comportamentos. Os autores ressaltam que nenhum instrumento focalizou a qualidade de vida dos cuidadores.

No grupo de instrumentos que avaliam a sobrecarga familiar ligada aos problemas de comportamento do paciente, Reine *et al.* incluem: a *Scale for Assessment of Family Distress* (SAFDS), de Gopinath e Chatuverdi (1986; 1992); a *Perceived Family Burden Scale* (PFBS), de Levene *et al.*, criada em 1996; e o 'Family Questionnaire', de Barrowclough e TARRIER, de 1997. A semelhança entre os instrumentos desse grupo é o enfoque no comportamento do paciente, que ocasionaria dificuldades para os familiares.

O *Family Questionnaire* é um guia de entrevista para cuidadores dos portadores de esquizofrenia, originalmente apresentado em um manual de Intervenção Familiar (BARROWCLOUGH; TARRIER, 1997). Compreende uma lista de comportamentos observáveis no paciente, quantificados em termos de frequência e de estresse causado à família, se o comportamento está presente. A capacidade da família em lidar com esses comportamentos também é quantificada. Não há estudos de validação publicados sobre o *Family Questionnaire*, segundo Reine *et al.* (2003).

Reine *et al.* (2003) classifica, ainda, 11 instrumentos no grupo que mede dimensões da vida familiar, afetadas pelo transtorno mental da pessoa que é cuidada, entre os quais: a *Family Distress Scale* (FDS), de Pasamanick *et al.*, criada em 1967; a *Family Burden Scale*, de Test e Stein, criada em 1980; o *Questionnaire of Family Attitudes and Burden* (FPQ), de Morosini *et al.*, criado em 1991; os três questionários de Provencer e Mueser, criados em 1997; o *Experience of Caregiving Inventory* (ECI), de Smukler *et al.* (1996); o *Involvement Evaluation Questionnaire* (IEQ) de Schene *et al.*, criado em 1998, os dois últimos já referidos, e o *Questionnaire sur les situations problèmes* (QSP), de Réveillère *et al.*, criado em 2001.

Os autores apresentam ainda dois instrumentos desenvolvidos para pessoas com transtorno mental em geral, e que seriam particularmente utilizados em familiares de pessoas com esquizofrenia: o *Burden on Family Interview Schedule* (BFIS), de Pai e Kapur, criado em 1981, e o *Social Behavior Assessment Schedule* (SBAS), criado por Platt *et al.*, em 1980. Este último, que objetiva avaliar a 'interferência na vida familiar atribuída ao paciente' e a 'sobrecarga subjetiva e desconforto', é apontado, pelos autores, como o instrumento mais completo para avaliar a sobrecarga dos cuidadores e também o mais complexo.

De acordo com Reine *et al.* (2003), o conteúdo e as propriedades psicométricas desses instrumentos são variáveis, havendo limitações de duas ordens para a maioria dos instrumentos analisados: lacunas do quadro teórico sobre o qual são desenvolvidos e considerações insuficientes sobre o processo de construção e validação do instrumento. Os únicos instrumentos construídos a partir de uma teoria seriam o ECI (SZMUKLER *et al.*, 1996) e o PFBS (LEVENE *et al.*, 1997). Os outros autores constroem seus instrumentos a partir de sua própria experiência, da síntese da literatura ou por compilação de teorias antigas. O SBAS (PLATT *et al.*, 1980), o IEQ (SCHEENE *et al.*, 1998) e o ECI (SZMUKLER *et al.*, 1996) seriam os instrumentos publicados com maior detalhamento, segundo os autores. Este apresenta dois fatores positivos, anteriormente não-descritos na literatura: os aspectos bons da relação e as novas experiências enquanto fator de crescimento para o cuidador.

As propriedades psicométricas seriam relativamente pouco documentadas, raramente de maneira satisfatória, segundo aqueles autores. Os procedimentos de validação mais completos são atribuídos aos instrumentos PFBS, SBAS, IEQ e ECI, sendo os três últimos mais difundidos em publicações anglo-saxônicas. Nenhum dos autores teria, todavia, efetuado avaliação da sensibilidade de seu instrumento, com exceção dos elementos embrionários do IEQ, o que constituiria um obstáculo na utilização desses instrumentos para avaliar estratégias terapêuticas ou em estudos de coorte.

Finalmente, os autores sugerem, paralelamente à pesquisa de sobrecarga familiar, a criação de um indicador de qualidade de vida destinado aos familiares de pessoas com esquizofrenia.

Intervenção e sobrecarga familiar

O desfecho sobrecarga familiar foi, todavia, até agora pouco avaliado nos ensaios clínicos de intervenção familiar dirigida a pacientes com esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo, devido às dificuldades para operacionalizá-lo (multidimensionalidade e limitações dos instrumentos disponíveis).

Uma revisão sistemática recente (RODRIGUES *et al.*, 2008) identificou apenas quatro ensaios bem desenhados de intervenção familiar na condição esquizofrenia, que estudaram o desfecho da sobrecarga familiar. Nos ensaios de Falloon *et al.* (1985), Xiong *et al.* (1994) e Veltro *et al.* (2006), intervenções familiares comportamentais foram testadas. No ensaio de Barrowclough *et al.* (1999) e Sellwood *et al.* (2001), de base cognitivo-comportamental, foram selecionadas, para cada área de problemas potenciais para cuidadores, abordagens de intervenções psicossociais diferenciadas em três tipos: técnicas de resolução de problemas, intervenções comportamentais cognitivas com familiares e intervenções cognitivo-comportamentais individuais.

Quanto à medida de desfecho, dois ensaios, o de Falloon *et al.* (1985), de Barrowclough *et al.* (1999)/ Sellwood *et al.* (2001) usaram o instrumento SBAS, de alta validade mas de sensibilidade desconhecida, como já foi observado neste artigo. Neste último ensaio, foi ainda utilizado o *Family Questionnaire*, já referido, juntamente com um questionário de 'necessidades principais' dos familiares (RCNS - *Relative's version of the Cardinal Needs Schedule*), o qual, embora não tenha sido empregado pelos autores para medir sobrecarga, também aborda dimensões de sobrecarga objetiva e subjetiva (seções D, C e E). O ensaio de Xiong *et al.* (1994) avaliou as dimensões 'relações intrafamiliares' e 'funcionamento emocional, social e econômico', por meio de instrumento desenvolvido por Philips *et al.* (1990 *apud* XIONG *et al.*, 1994). O ensaio de Veltro *et al.* (2006) utilizou o instrumento FPQ, de Barrowclough *et al.* (1998), adaptado para avaliar as dimensões objetivas e subjetivas.

A referida revisão conclui que os resultados dos ensaios individualmente foram, em geral, favoráveis à intervenção familiar estudada, tanto para dimensões objetivas quanto para as subjetivas da sobrecarga,

embora, dado a diversidade das medidas de sobrecarga familiar avaliadas e dos instrumentos utilizados, não tenha sido possível produzir medidas sumárias da eficácia alcançada.

CONCLUSÕES

As consequências adversas do transtorno mental para familiares, conhecidas como sobrecarga familiar ou do cuidador, têm sido estudadas no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. Embora diversos instrumentos ou escalas tenham sido desenvolvidos para medir sobrecarga

familiar ou do cuidador, e também para medir prestação de cuidados, não há ainda um instrumento padrão geralmente aceito dentro da comunidade científica que deva ser utilizado em ambientes de rotina clínica. Algumas dimensões estão incluídas em quase todos os instrumentos – preocupação e efeitos na família do transtorno do paciente, efeitos sobre o lazer, angústia e consequências financeiras –, apenas quatro instrumentos tiveram procedimentos de validação relativamente completos. Quatro ensaios de intervenção familiar na condição esquizofrenia relativamente bem desenhados estudaram o desfecho sobrecarga familiar, sendo seus resultados geralmente favoráveis à intervenção. ■

Referências

- BANDEIRA, M.; BARROSO, S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; FREITAS, L.; BARROSO, S.M. Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reliability study of the Brazilian version. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 29, n. 1, p. 47-50, 2007.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; VARELLA, A.A.B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.
- BARROWCLOUGH, C. *et al.* Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, vol. 174, p. 505-511, 1999.
- _____. Assessing relatives' needs for psychosocial interventions in schizophrenia: a relatives' version of the Cardinal Needs Schedule (RCNS). *Psychological Medicine*, vol. 28, n. 3, p. 531-542, 1998.
- BARROWCLOUGH, C.; TARRIER, N. Family Questionnaire. In: _____. *Families of Schizophrenic Patients*. Cognitive Behavioural Intervention. United Kingdom: Nelson Thornes Ltda, 1997. p. 195-197.
- BROWN, G.W.; BIRLEY, J.L.T.; WING, J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, vol. 121, p. 241-258, 1972.
- BROWN, G.W.; MONCK, G.M.; WING, J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, n. 5283, p. 16-55, 1962.
- FALLOON, I.R.H.; PEDERSON, J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, n. 147, p. 156-163, 1985.
- GOPINATH, P.S.; CHATUVERDI, S.K. Measurement of Distressful Psychotic Symptoms Perceived by the Family: preliminary findings. *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 28, n. 4, p. 343-345, 1986.
- _____. Distressing Behavior of Schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 86, n. 3, p. 185-188, 1992.
- HELD, T.; FALLOON, I.R. Family therapy of schizophrenia. *The Keio Journal of Medicine*, vol. 48, n. 3, p. 151-154, 1999.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, MD: Williams & Williams, 1999.
- LEHMAN, A.F.; LEVENE, J.E.; LANCEE, W.J.; SEEMAN, M.V. The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophrenia Research*, vol. 22, n. 2, p. 151-157, 1996.
- LEHMAN, A.F.; STEINWACHS, D.M. The Co-Investigators of the PORT Project. Translating research into practice: the schizophrenia patients outcome research team (PORT): Treatment Recommendation. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 24, n. 1, p. 1-10, 1998.
- MECHANIC, D. The scientific foundations of community psychiatry. In: THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G. (editors). *Textbook of community Psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2001.
- MELMAN, J. *Família e Doença Mental*: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

- REINE, G.; LANCON, C.; SIMEONI, M.C.; DUPLAN, S.; AUQUIER, P. La charge des aidants naturels de patients schizophrènes: revue critique des instruments d'évaluation. *L'Encéphale*, vol. 29, n. 2, p. 137-147, 2003.
- RODRIGUES, M.G.; MARTINS, A.C.M.; KRAUSS SILVA, L. Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaio Clínico de Intervenção Familiar na Condição Esquizofrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 10, p. 2203-2218, 2008.
- ROSA, L.C. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo: Cortez, 2003.
- SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 22, p. 50-52, 2000.
- SCHENE, A.H. Objective and subjective dimensions of family burden: towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 25, n. 6, p. 289-297, 1990.
- SCHENE, A.H.; TESSLER, R.C.; GAMACHE, G.M. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 29, n. 5, p. 228-240, 1994.
- SCHENE, A.H.; WIJNGAARDEN, B.; KOETER, M.W.J. Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 24, n. 4, p. 609-618, 1998.
- SELLWOOD, W. *et al.* Needs-based cognitive-behavioral family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104, n. 5, p. 346-355, 2001.
- SZMUKLER, G.I. *et al.* A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 31, n. 3-4, p. 149-155, 1996.
- VELTRO, F. *et al.* Studio controllato randomizzato di un intervento psicoeducativo familiare: esito ad 1 e a 11 anni. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 15, n. 1, p. 44-51, 2006.
- VILLARES, C.C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 22, n. 1, p. 53-55, 2000.
- VILLARES, C.C.; MARI, J.J. Esquizofrenia e contexto familiar. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A.C.; MARI, J.J. (Eds.). *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 243-245.
- XIONG, W. *et al.* Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, vol. 165, n. 2, p. 239-247, 1994.

Recebido para publicação em Fevereiro/2011

Versão definitiva em Maio/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: FAPERJ

Correlação entre perfil sócio-sanitário e indicadores de produção odontológica

Correlation between social-health profile and dental production indicators

Yuri Wanderley Cavalcanti¹, Renata de Oliveira Cartaxo², Edson Hilan Gomes de Lucena³, Rosana Leal do Prado⁴, Wilton Wilney Nascimento Padilha⁵

¹ Graduando em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
yuri.wanderley@yahoo.com.br

² Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
rena_cartaxo@hotmail.com

³ Mestrando em Saúde Pública pela Universidade de Brasília (UnB).
edson.lucena@saude.gov.br

⁴ Mestre em Odontologia Social e Coletiva pela Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho' (UNESP), campus Araçatuba.
rosanahb@yahoo.com.br

⁵ Doutor em Odontologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Titular de Clínica Integrada do Departamento de Clínica e Odontologia Social da UFPB.
wiltonpadilha@yahoo.com.br

RESUMO Objetivou-se analisar as relações entre o perfil sócio-sanitário e os indicadores de saúde bucal da população assistida em um Distrito Sanitário (DS) de João Pessoa (PB). Foi realizado um estudo ecológico a partir dos indicadores da Atenção Básica das Unidades de Saúde da Família (USF) do DS II. O teste de correlação de Pearson subsidiou a análise estatística. Não houve significância estatística ($p > 0,05$) na associação entre os indicadores de produção odontológica e os perfis sócio-sanitários. Não foi encontrada diferença significativa na atenção prestada em saúde bucal nas diferentes realidades sociodemográficas analisadas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Informação; Assistência Odontológica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The objective was to examine the relationship between social-health profile and dental production indicators of the population assisted in a Health District (DS) from João Pessoa, Paraíba, Brazil. It was conducted an environmental study from the indicators for Primary Care of the Family Health Units (USF) of DS II. The Pearson's correlation test subsidized statistical analysis. There was no statistical significance ($p > 0.05$) in the association between indicators of dental production and the dental-health social profiles. There was no difference in the service in oral health in different socio-demographic realities analyzed.

KEYWORDS: Information Systems; Dental Care; Primary Health Care.

Introdução

Conhecer a realidade socioepidemiológica da população com que se trabalha é um passo importante para o planejamento das ações em saúde. O geoprocessamento das informações ambientais e de saúde revela a estrutura social, econômica e ambiental, por meio de variáveis que indicam onde os riscos à saúde estão presentes (BARCELLOS; BASTOS, 1996).

Segundo Buss (2000), a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida das coletividades, o que inclui padrões adequados de habitação, nutrição, saneamento, apoio social, cuidados de saúde e boas condições de trabalho e educação. Para o mesmo autor, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas.

Sob essa perspectiva, que traduz a saúde como um estado dinâmico e socialmente produzido (BUSS, 2000), entende-se que, para promovê-la, é preciso efetivar políticas públicas que atuem sobre os determinantes do processo saúde-doença. Para tanto, é necessário reavaliar a avaliação e o planejamento das ações em saúde.

Com o Pacto da Atenção Básica, foram estabelecidos indicadores de saúde, pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Esses indicadores devem alimentar os Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar o processo de vigilância em saúde (BRASIL, 2006).

Durante o cadastramento familiar, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) preenchem a denominada 'Ficha A'. Essa ficha contempla informações acerca de enfermidades, agravos, escolaridade, condições de moradia e saneamento básico das famílias acompanhadas (LEMOS; SOUZA; MENDES, 2006; BRASIL, 2003). Portanto, traz informações sociais, sanitárias e epidemiológicas.

Utilizando dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Lemos, Souza e Mendes (2006) identificaram o perfil socioambiental e epidemiológico da população idosa cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família. Os mesmos autores ponderaram que o estudo do perfil da população assistida é o melhor modo de se conhecer a população,

além de melhorar a atuação na promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Os sistemas de informação, que tratam da vigilância ambiental, possibilitam o levantamento de informações a respeito de aspectos sociais, sanitários, epidemiológicos e ambientais das coletividades, sendo também possível identificar oferta de serviços de saúde. Constituem, então, um instrumento de avaliação do perfil da população e das ações de saúde que atuam sobre ela.

Para a Odontologia, as informações referentes à produção na Atenção Básica são registradas no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que é enviado ao Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2007). O envio de informações ao banco de dados do SIA permite a visualização das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios (BARROS; CHAVES, 2003).

Segundo a Portaria 493, de 13 de março de 2006 (BRASIL, 2006), os indicadores definidos para a Saúde Bucal são: cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; média de procedimentos odontológicos básicos individuais; proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

Com a proposta de obter uma avaliação do perfil da atenção prestada em saúde bucal, a partir de indicadores sócio-sanitários, na cidade de João Pessoa (PB), esta pesquisa objetivou analisar as relações entre o perfil sócio-sanitário e os indicadores de saúde bucal da população assistida por um Distrito Sanitário (DS) da mesma cidade.

Especificamente, buscou-se identificar a relação entre as condições de saneamento básico e de moradia da população com os indicadores de saúde bucal preconizados pelo Pacto da Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2006).

Métodos

Utilizou-se uma abordagem indutiva, com procedimento estatístico-comparativo e técnica de documentação indireta (LAKATOS; MARCONI, 2006). Os dados

trabalhados referem-se aos indicadores da Atenção Básica das Unidades de Saúde da Família (USF) do DS II, durante o primeiro semestre de 2008. A hipótese testada é de que as condições de saneamento básico e moradia da população assistida podem interferir no modo como os serviços de saúde se organizam para ofertar a assistência em saúde bucal.

Para construção do perfil sócio-sanitário, foram coletados, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), os dados: população de 7 a 14 anos na escola, tratamento da água no domicílio; fonte de abastecimento de água; tipo de casa; destino do lixo; destino das fezes e urina; e energia elétrica.

Os indicadores de Primeira Consulta Odontológica Programada (PCOP), Procedimento Odontológico Individual (POI) e Ação Coletiva Escovação Supervisionada (ACES) foram obtidos do SIA-SUS. Os dados foram analisados estatisticamente no programa GMC, versão 2002, aplicando-se o teste de correlação de Pearson.

Resultados

O DS II da cidade de João Pessoa é composto por 33 USF. Desconsiderando-se as falhas de registro nos sistemas de informação, quanto à análise do perfil sócio-sanitário, a maioria das USF pesquisadas (60,6%; n=20) encontra-se abaixo da média do DS II com relação ao perfil sócio-sanitário e à produção ambulatorial em Odontologia na Atenção Básica. Dessa forma, 39,4% (n=13) das USF apresentaram uma condição sócio-sanitária acima da média do Distrito, assim como é visualizado na Figura 1.

Quanto aos indicadores ACES, PCOP e POI, 36,4% (n=12); 42,4% (n=14); e 45,4% (n=15) apresentaram, respectivamente, valores acima da média do DS II (Figuras 2 e 3). Vale ressaltar que as USF que apresentaram valores acima da média do DS II com relação aos indicadores sócio-sanitários não apresentaram, necessariamente, valores acima da média quanto à oferta de ações em Saúde Bucal.

Figura 1. Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) II de João Pessoa (PB), segundo o somatório dos indicadores sócio-sanitários avaliados. As USF classificadas acima da média do DS II são indicadas com as setas (João Pessoa, 2008).

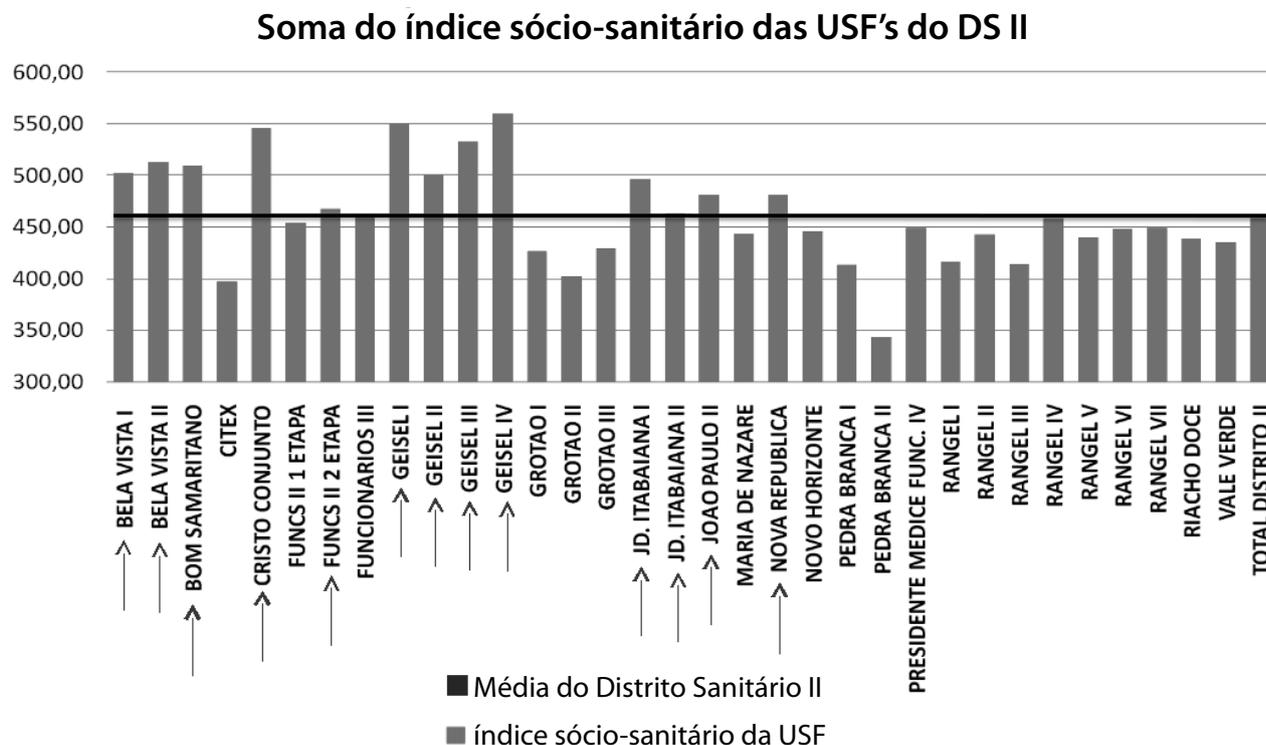


Figura 2. Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) II de João Pessoa (PB), segundo o indicador Procedimento Odontológico Individual (POI). Dentre as USF do DS II, 15 foram classificadas como acima da média.

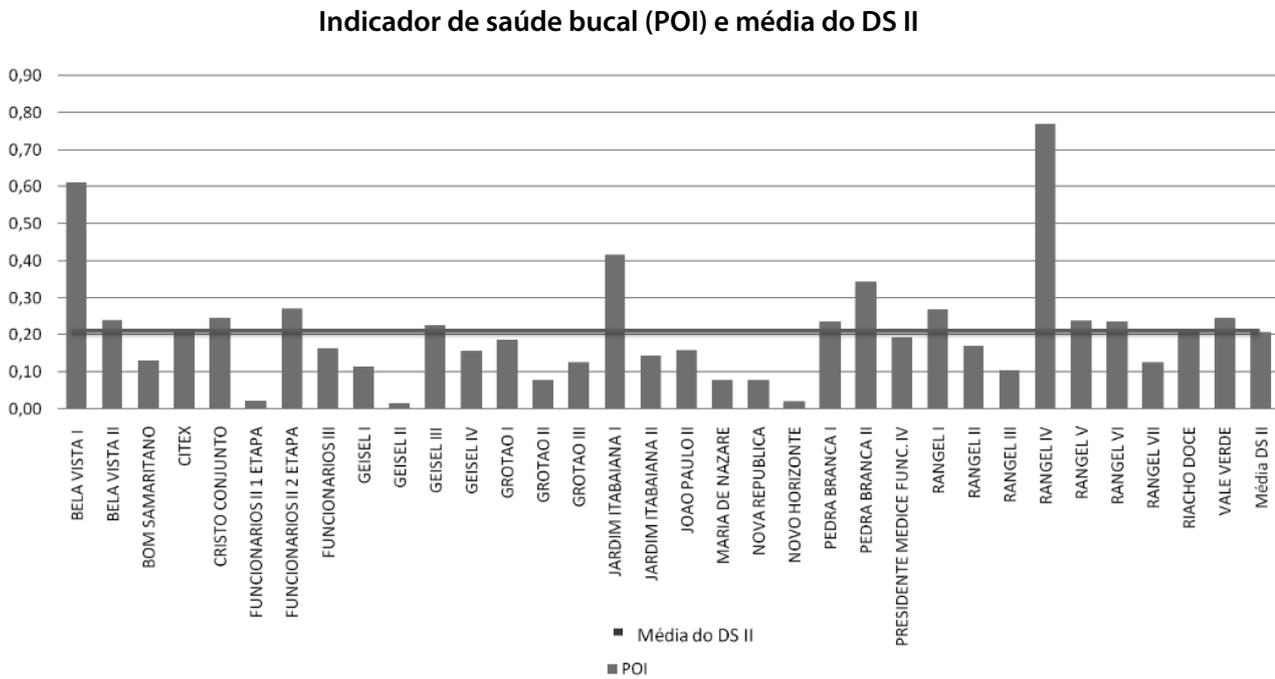
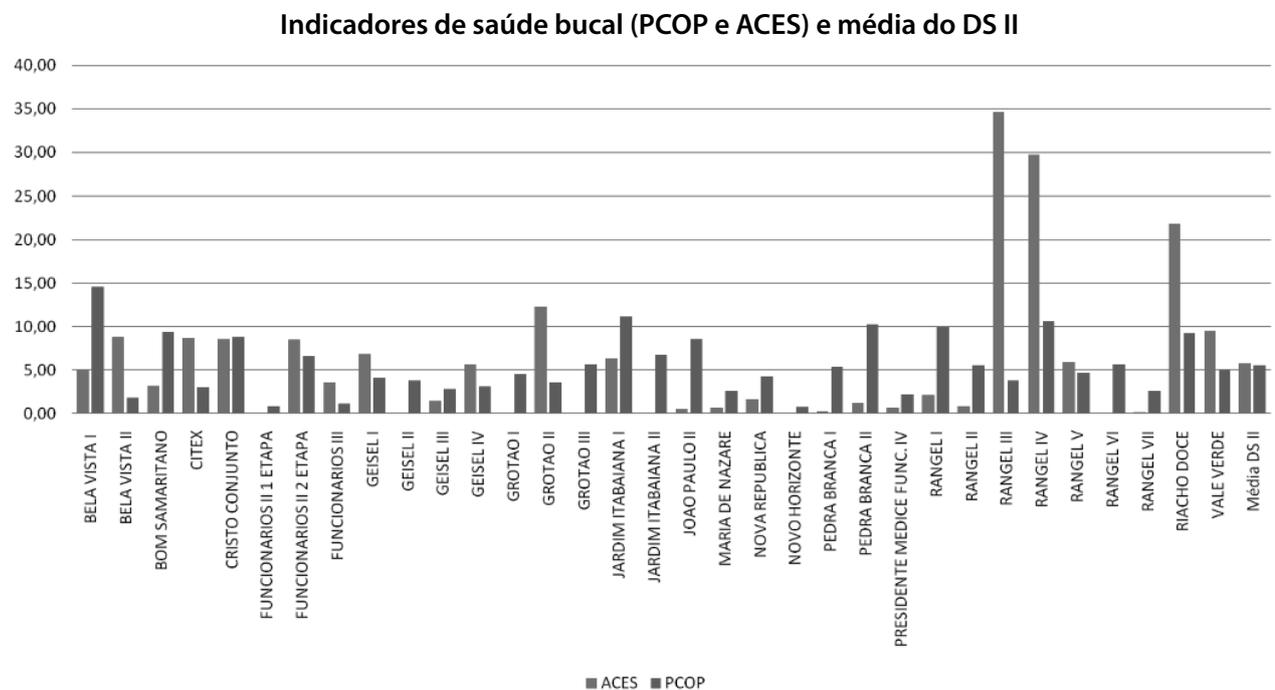


Figura 3. Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) II de João Pessoa (PB), segundo os indicadores: Primeira Consulta Odontológica Programada (PCOP) e Ação Coletiva Escovação Supervisionada (ACES). Dentre as USF do DS II, 14 classificaram-se como acima da média para o indicador PCOP e 12 foram classificadas como acima da média para o indicador ACES.



Sendo assim, não houve correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) na associação entre os indicadores de produção odontológica e o perfil sócio-sanitário de cada USF do DS II.

Discussão

Segundo Barcellos e Quitério (2006), um dos exemplos mais marcantes da interação entre saúde e ambiente é dado pelo saneamento. No que diz respeito à saúde bucal coletiva, Moreira, Nico e Tomita (2007) afirmam que o estudo das condições de saúde bucal e seus determinantes são passíveis de serem referenciados geograficamente. Assim, torna-se válida a hipótese testada nesse estudo para a correlação entre indicadores de saneamento básico e oferta de ações de saúde bucal. Neste estudo, porém, não foi encontrada correlação estatística entre as condições sócio-sanitárias e a oferta de serviços odontológicos.

O estudo de Fernandes e Peres (2005) demonstrou que as regiões de piores condições socioeconômicas apresentam também piores condições epidemiológicas, altos índices de cárie e maior oferta de serviços odontológicos mutiladores. Assim, conforme exposto por Terreri e Garcia (2001, p. 31), 'de certa forma, as famílias que vivem em condições de precariedade estão mais expostas ao risco de adoecer'. Segundo Souza e Roncalli (2007), os avanços no modelo assistencial em saúde bucal são visualizados em municípios com alto Índice de Desenvolvimento Humano e intersectorialidade de políticas públicas.

No entanto, de acordo com o estudo realizado, os locais de piores condições sócio-sanitárias não apresentam, necessariamente, menor oferta de serviços Odontológicos na Atenção Básica. Vale salientar que as ações de saúde bucal que participaram dessa análise correspondem a indicadores de acesso, procedimentos individuais e ações coletivas. Portanto, não retratam necessariamente o volume de ações curativas ou preventivas, mas compreendem informações de utilização dos serviços de saúde bucal pela população.

Levando-se em conta que os dados do SIA-SUS são relativos aos procedimentos realizados, limitando a

análise à utilização dos serviços (BARROS; CHAVES, 2003), sugere-se que existem outras razões para variação da oferta de ações e serviços em saúde bucal, uma vez que não foi encontrada correlação estatística entre o perfil sócio-sanitário e os indicadores de produção odontológica na Atenção Básica.

Segundo Moreira, Nico e Tomita (2007), para a oferta dos serviços de saúde, a organização de cada espaço apresenta singularidades que permeiam a estrutura socioambiental e os recursos humanos que trabalham naquele local. Isso justifica o fato de encontrarmos diferentes padrões de oferta de serviços em grupos de contexto sócio-sanitário distinto.

Entretanto, em todas as situações, há possibilidade de falhas no registro das ações de saúde nos sistemas de informação, com atenção aos casos de sobre-registro. Os estudos de Barros e Chaves (2003), Fernandes e Peres (2005), Terreri e Garcia (2001) e de Padilha *et al.* (2005) consideram a necessidade de comprovação da confiabilidade dos dados apresentados por sistemas de informações, a fim de evitar equívocos no processo de avaliação das ações de saúde bucal. Para este estudo, no entanto, foram feitas inferências a despeito das falhas no registro das informações.

A partir dos sistemas de informação da Atenção Básica, foi possível investigar a relação entre as condições sócio-sanitárias e os processos de oferta de serviços de saúde bucal à população. No entanto, como indica o estudo de Padilha *et al.* (2005), é necessário qualificar as estratégias de avaliação dos serviços de saúde bucal, de modo a permitir, além de análise quantitativa, uma avaliação longitudinal e qualitativa dos serviços de saúde. Assim, o planejamento das ações de saúde não será fruto apenas da avaliação da produção, mas possibilitará a intervenção em processos e a reorientação de práticas no serviço.

Conclusão

Nas condições deste estudo, não foi encontrada diferença na atenção prestada em saúde bucal entre as diferentes realidades sociodemográficas analisadas. A maioria das USF estudadas apresentou comportamento abaixo da média de produção do DS II. ■

Referências

- BARCELLOS, C.; BASTOS, F.I. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996.
- BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L.A.D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n.1, p. 170-177, 2006.
- BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 493, de 13 de março de 2006*. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 mar. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília, DF, 2003.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- FERNANDES, L.S.; PERES, M.A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos da Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- LEMOES, M.; SOUZA, N.R.; MENDES, M.M.R. Perfil da população idosa cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 218-225, 2006.
- MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007.
- PADILHA, W.W.N. et al. Planejamento e programação odontológico no programa saúde da família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 5, n. 1, p. 65-75, 2005.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. *Manual para Sistema de Informação em Saúde Bucal do SUS*. Porto Alegre, 2007.
- SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.
- TERRERI, A.L.M.; GARCIA, W.G. A contribuição dos bancos de dados sobre o desenvolvimento social e saúde para reorganização do modelo municipal de saúde bucal. *Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 25-33, 2001.
- _____.
Recebido para publicação em Julho/2009
Versão definitiva em Maio/2010
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

Regulação assistencial: estratégia de publicização do acesso a leitos da Unidade de Terapia Intensiva em Fortaleza, Ceará

Care regulation: strategy to make the Intensive Care Units beds public in Fortaleza, Ceará

Claudiana Silva Cavalcante¹, Lúcia Conde de Oliveira²

¹ Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. claudianauece@yahoo.com.br

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. conde.lucia@gmail.com

RESUMO Objetivou-se analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por meio da Central de Leitos. Estudo qualitativo cuja técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada com os profissionais que operam este serviço. Antes da Central, o acesso a leitos de UTI não obedecia a regras claras e transparentes, funcionando geralmente na base do favor. A regulação assistencial com normas públicas tem sido uma estratégia para tornar o acesso mais universal e equânime. Contudo, soluções técnicas não são suficientes, requerendo a decisão política de investir para dotar o sistema de serviços com quantidade e qualidade suficientes de forma que atenda às necessidades da população.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Regulação; Acesso aos serviços de saúde; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT *The aim of this paper was to evaluate the perception of health professionals on their access to the Intensive Care Unit (ICU) beds. This is a qualitative study whose technique to collect data was the semi structured interview with health professionals that operate this service. Before the Central, the access to ICU beds did not follow clear and transparent rules. It worked mainly by pulling strings. The care regulation with public rules has been used as a strategy in order to make the access more universal and fairer. Nevertheless, technical solutions are not enough. Politics decision is necessary to invest in order to implement sufficient quality and quantity to better meet the needs of the population.*

KEYWORDS: *National Health System; Regulation; Access to the health services; Intensive Care Unit.*

Introdução

Este artigo é fruto de um estudo que teve como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso a leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em Fortaleza, por meio da Central de Referência e Regulação das Internações de Fortaleza (CRRIFOR) e tendo como objetivos específicos: caracterizar a forma de acesso a leitos de UTI no Estado antes da implantação da regulação dos leitos de UTI pela CRRIFOR; identificar os entraves ao acesso a leitos de UTI na cidade de Fortaleza, na atualidade; e apreender as repercussões da implantação da CRRIFOR, no tocante ao acesso a leitos de UTI em Fortaleza, na visão dos profissionais de saúde.

Pelo fato de se ter um sistema de saúde no qual a oferta é inferior à demanda, é necessário criar instrumentos para otimização dos recursos disponíveis. Nesse âmbito, a regulação assistencial vem se tornando um mecanismo utilizado pelos gestores para organizar o fluxo de pacientes dentro do sistema, buscando garantir a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante regras universais e impessoais para ordenar o acesso aos serviços de saúde. De acordo com Santos e Merhy (2006, p. 28), 'a regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução'. Ainda conforme esses autores, há distinção entre macrorregulação, que trata das definições mais gerais sobre a condução de determinada política, e a microrregulação, que ordena os aspectos cotidianos dos serviços.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde n. 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, as ações de que trata essa política estão organizadas em três dimensões, integradas entre si: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência, ou regulação assistencial (BRASIL, 2008). Para este estudo, o conceito adotado se refere à regulação assistencial, mais especificamente ao acesso a leitos da UTI.

Para regulação do acesso aos serviços de saúde, a implantação de complexos reguladores tem sido uma das estratégias dos gestores do SUS. Esses complexos são formados por centrais que articulam e integram os

diferentes serviços, tais como: centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e exames. Contudo, implantar as centrais requer também estabelecer normas de funcionamento e protocolos assistenciais, os quais permitam uma operacionalização racional dessas estruturas.

A CRRIFOR e a crise da UTI no Ceará

Em 1999, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza criou a Central de Referência e Regulação das Internações de Fortaleza, com o objetivo de regular as transferências inter-hospitalares e registrar as internações e altas nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. Porém, como a CRRIFOR não tinha o controle efetivo de todos os leitos, existia uma grande demanda reprimida. Os pacientes com solicitação de vaga em UTI chegavam a passar dias à espera de vagas. As regras para ocupação dos leitos não eram claras nem conhecidas pelos sujeitos que operavam o sistema.

Em 2003, o Ceará viveu uma crise na saúde pública, ocasionada pela falta de leitos de UTI nos hospitais públicos do Estado, como amplamente divulgado pela imprensa, evidenciando a morte de pacientes que aguardavam por vaga na UTI. Diante de tal situação, tanto a sociedade civil como os governos nos níveis federal, estadual e municipal, e o Ministério Público de defesa da saúde se mobilizaram em busca de medidas capazes de amenizar as graves consequências daquela crise.

A necessidade da criação de leitos de UTI já era sentida, mas o problema ganhou maior amplitude quando o fato chegou aos jornais de maior circulação da cidade e na mídia televisiva local e nacional, com reportagens que denunciavam a situação crítica da saúde pública no Ceará.

Paim e Teixeira (2007) discutem a influência da mídia sobre o SUS e afirmam que seu papel tem se restringido à denúncia. Contudo, no caso da crise provocada pela falta de UTI no Ceará, a interferência da mídia foi importante para dar visibilidade ao problema, o que obrigou a mobilização dos sujeitos responsáveis em providenciarem soluções.

À época da crise, a utilização dos leitos de UTI acontecia de forma desordenada, e não havia um

protocolo público para transferência de pacientes. Além disso, em virtude da falta de centralização das informações referentes à ocupação dos leitos existentes na cidade, favorecia-se a ocupação baseada na troca de favores. Em face dessa situação, a saída encontrada pelos gestores foi o fortalecimento do papel de regulação da CRRIFOR, a qual não controlava a totalidade dos leitos de UTI disponíveis para o SUS.

A reportagem do jornal Diário do Nordeste, de 16 de abril de 2003, reproduzindo o ponto de vista do então secretário de saúde do município, revelou os problemas, não só da falta de leitos, mas também de gestão. Diante disto, só uma crise de grandes proporções poderia levar à adoção de medidas gerenciais para enfrentar o problema:

[...] o secretário acredita que o problema não seja só número de leitos, mas também falta de organização no sistema. Para minimizá-lo, segundo o secretário, o município pretende estar com a Central de Leitos funcionando plenamente em dois meses. Essa seria, segundo ele, uma forma de gerenciar não só os leitos de UTI, credenciados pelo SUS nos hospitais públicos, mas também na rede privada, de forma mais eficiente. Ele lembra, ainda, que a rede de saúde de Fortaleza tem atendido 70% da demanda de todo o Estado, o que desvirtua esse parâmetro de número de leitos de UTI, segundo a demanda populacional de Fortaleza. (FROTINHA, 2003).

Nesse contexto, a proposta de criação de novos leitos foi uma das estratégias utilizadas por ocasião da crise, embora não fosse suficiente para sua superação. Instituíram-se, então, outros instrumentos integrados de planejamento, acompanhamento, regulação, avaliação e auditoria para a otimização do uso deste serviço. Outra estratégia foi o fortalecimento da CRRIFOR, por meio do Decreto n. 11.411, de 20 de maio de 2003, a qual passou a responder pela regulação dos leitos de terapia intensiva e semi-intensiva, cadastrados no SUS, localizados no município de Fortaleza, tanto da rede pública, quanto da rede privada de saúde.

O mesmo decreto também definiu, entre outras normas, que todas as solicitações, autorizações e pagamentos das internações em leitos de terapia intensiva e semi-intensiva, cadastrados no SUS, deveriam cumprir o fluxo operacional da CRRIFOR. A partir daquele momento, os hospitais seriam obrigados a registrar todas as internações e altas na CRRIFOR, sob pena de não receber o pagamento referente à internação.

Como determinado pelo decreto, seria de competência da CRRIFOR a definição de prioridades assistenciais, entre estas, a solicitação de leitos de terapia intensiva e semi-intensiva, disponíveis em estabelecimentos privados. Essa determinação da internação de pacientes em leitos de hospitais particulares está respaldada por uma decisão judicial proveniente da Terceira Vara da Justiça Federal no Ceará, de 23 de abril de 2003, na qual ficou estabelecido o seguinte:

[...] os hospitais particulares de Fortaleza, mesmo não conveniados ao SUS, ficam obrigados a receberem pacientes oriundos dos Hospitais Públicos e para os quais não existam mais leitos nos Hospitais conveniados ao SUS, prestando-lhes todo atendimento necessário, correndo as despesas à conta dos entes públicos demandados. (FORTALEZA, 2003a).

As diretrizes para admissão, alta e triagem de pacientes em terapia intensiva nos leitos do SUS deverão obedecer aos critérios de prioridade definidos no decreto, os quais juntamente com o protocolo para admissão de pacientes em UTI são os principais instrumentos de trabalho do médico regulador (FORTALEZA, 2003b).

As normas estabelecidas no decreto trouxeram profundas repercussões à organização da saúde no Estado, contribuindo para o rompimento de uma cultura patrimonialista, muitas vezes baseada na troca de favores, que terminava por caracterizar uma privatização dos leitos de UTI e seu uso de forma clientelista.

Foi nesse contexto que a CRRIFOR se estruturou, em busca de reconhecimento e credibilidade. Tais metas vêm sendo conquistadas progressivamente, e o maior desafio é atingir o objetivo constante do Manual de Implantação do Complexo Regulador:

oferecer a melhor alternativa assistencial, garantir o melhor acesso à população, organizar a oferta de ações e serviços de saúde e otimizar a utilização dos recursos disponíveis (FORTALEZA, 2003b).

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no período de março a maio de 2009, por meio de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Quanto à documental, contemplou-se um levantamento da legislação, documentos oficiais sobre o tema e reportagens sobre a crise da UTI, em 2003, como forma de contextualizar o objeto de estudo.

A pesquisa de campo foi realizada em três cenários: a CRRIFOR; o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, escolhido por ser um hospital de resoluibilidade secundária, sem disponibilidade de leito na UTI, e que, dentre os demais hospitais secundários, é o que tem a maior quantidade de solicitações de vagas e um número significativo de regulações via CRRIFOR, trata-se de um hospital público municipal, destinado à urgência e emergência nas áreas materno-infantil e de clínica médica; e o Hospital Geral Doutor Waldemar de Alcântara, escolhido por ser um hospital que dispõe de uma quantidade significativa de leitos na UTI. Por não contar com atendimento de emergência, a grande maioria da ocupação dos seus leitos é regulada pela CRRIFOR. Fundado em 2002, é um hospital público gerenciado por uma organização social (OS), que funciona mediante o contrato de gestão firmado entre a OS e a Secretaria de Saúde do Estado. Possui 37 leitos de UTI, dos quais 21 adultos, 8 pediátricos e 8 neonatais. A missão do hospital é prestar serviço de saúde com qualidade em nível secundário aos usuários do SUS, referenciados pela Central de Leitos do Estado do Ceará e Central de Leitos do município de Fortaleza.

Portanto, a pesquisa privilegiou cenários distintos do processo de regulação em Fortaleza e, nestes cenários, a categoria médica, como atores mais atuantes do processo estudado. Na CRRIFOR, foram entrevistados os médicos reguladores (cenário 1 – sujeitos 1, 2, 3); no Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, que

solicita vagas de UTI, foram entrevistados dois médicos e um assistente social, porque neste hospital o assistente social era responsável também por localizar a existência da vaga de UTI (cenário 2 – sujeitos 4, 5 eram médicos e 6, assistente social); no Hospital Geral Doutor Waldemar de Alcântara, os médicos intensivistas que recebem esses pacientes (cenário 3 – sujeitos 7, 8, 9).

Além desses sujeitos, a pesquisa contou com a contribuição de um informante-chave (sujeito 10), incluído por ser um profissional que atua há décadas como médico intensivista, em dois grandes hospitais da cidade, estudioso do tema da UTI.

Como técnica de coleta de dados, adotou-se a entrevista semiestruturada, com vistas à reconstrução dos discursos, partindo dos recortes definidos para a pesquisa. Foram critérios de inclusão dos sujeitos: o tempo de trabalho de, no mínimo, seis anos nos respectivos espaços da pesquisa, considerando o fato de a CRRIFOR ter passado a regular os leitos de UTI nos últimos seis anos e o profissional desenvolver atividade diretamente com a regulação dos leitos de UTI, ou seja, o médico regulador, os profissionais que demandam os leitos e aqueles incumbidos de responder à demanda.

Após a coleta dos dados, o material empírico foi organizado e sistematizado em núcleos temáticos, construídos com base nos temas que orientaram o roteiro de entrevistas: acesso a leitos de UTI no Ceará antes do fortalecimento da CRRIFOR e regulação e dificuldades da CRRIFOR dentro do SUS.

Na análise, os conteúdos empíricos foram organizados segundo as convergências, divergências e complementaridades dos diferentes discursos e confrontados com as referências teóricas selecionadas para o estudo.

Como exigido, a pesquisa atendeu às normas éticas fundamentadas na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Acesso a leitos de UTI antes do fortalecimento da CRRIFOR

Conforme referido, antes da crise da UTI em 2003, a utilização dos leitos de UTI acontecia de forma desordenada, e as regras para transferência de pacientes

não eram transparentes nem acessíveis ao público. Informações sobre o número de vagas de UTI não eram disponibilizadas no sistema, nem havia uma centralização destas quanto à ocupação dos leitos existentes na cidade. Isto favorecia a ocupação baseada na troca de favores, como relatado por alguns entrevistados:

Obedecia a critérios de amizade, influência e valência social, as pessoas que tivessem algum conhecimento com alguma pessoa importante, às vezes um diretor de hospital ou um médico era quem conseguia o leito de UTI. Em detrimento de algumas pessoas que não tivessem essa influência, acabavam ficando dias e dias nas macas dos hospitais. [...] culturalmente, cada vaga de UTI pertencia ao seu próprio serviço, e um médico que estivesse, por exemplo, num Frotinha com um paciente jamais teria conhecimento de uma vaga no HC, por exemplo [...]. (Entrevistado 1).

Desta maneira, o depoimento também revela que os leitos de UTI eram apropriados como se fossem dos profissionais médicos ou das direções dos hospitais que detinham o poder de determinar quem iria ocupar o leito. Evidencia-se, assim, a injustiça no acesso a este serviço.

Confirmando a visão anterior, conforme outro entrevistado refere, além do apadrinhamento, o acesso a leitos de UTI também era determinado pelo fator sorte:

[...] não existia outra forma, só quem entrava na UTI tinha realmente conhecimento, [...] ou então tinha muita sorte. (Entrevistado 2).

Os depoimentos confirmam a marca do 'patrimonialismo' do Estado (FAORO, 1987; PAIM; TEIXEIRA, 2007), na qual não há uma separação entre o público e o privado, e o privilégio ou favor são instrumentos para mediar relações entre os entes públicos e a população. Portanto, as regras de administração dos serviços não são transparentes, ficando a critério dos sujeitos que ocupam os espaços de poder defini-las.

No cenário 2, estão os profissionais que lidavam diariamente com pacientes à espera de um leito na UTI. Quando era diagnosticada a necessidade de UTI, a

busca era feita pelos profissionais de plantão, que interrompiam o atendimento para procurar um leito. Além da angústia para conseguir o leito, havia o transtorno gerado por este fluxo de trabalho dentro do hospital e a pouca resolubilidade que apresentava, como relata um dos entrevistados:

Após evoluir, os pacientes do hospital que necessitavam de UTI junto com a assistente social – a gente tinha uma lista de telefone com todas as UTI públicas da cidade, parávamos o atendimento e levávamos algumas horas ligando para UTI pedindo vaga. Quando tinha uma vaga, pegávamos o carro de transporte do hospital e tentávamos equipar da melhor maneira possível, tirando equipamentos do próprio hospital e equiparíamos o carro. Logo, a gente parava o atendimento [...]. Quando só tinha um médico, mesmo tendo a vaga, nós não transferíamos o paciente, porque o médico não podia sair do hospital. Antes da CRRIFOR, o acesso a leitos era extremamente difícil, era comum pacientes gravíssimos ficarem semanas na UTI morrendo, alguns melhorando e conseguindo a transferência após semanas [...]. (Entrevistado 4).

Entre os sujeitos do cenário 2, é consenso a ideia segundo a qual as vagas de UTI eram disponibilizadas com base em critérios de amizade, demonstrando que os leitos não pertenciam ao sistema de saúde, mas sim a um profissional, e muitas vezes eram disponibilizadas como um favor. Assim, ressaltam-se os transtornos que esta forma de acesso causava ao próprio funcionamento do sistema, pois os profissionais precisavam usar a amizade pessoal ou a apelação para conseguir uma vaga:

[...] a gente saía ligando pra cada hospital e, muitas vezes, utilizando critérios de amizade. [...] Você ligava pedindo mesmo que implorando, mendigando [...], pedindo a vaga pro seu paciente, porque se ele ficasse na unidade, iria fatalmente acabar tendo êxito letal. Ele iria morrer sem a assistência adequada, e eu ficava mais apreensivo quando era um paciente mais jovem, mais viável. A gente realmente tinha

pena porque eram pessoas que realmente poderiam ter uma vida normal. (Entrevistado 5).

No cenário 3 há uma visão diferenciada. Pode-se perceber que a ideia do médico plantonista regular diretamente os pacientes para as vagas de UTI era naturalizada e considerada mais adequada, pois o médico intensivista conversava diretamente com o plantonista que estava fazendo a indicação da UTI. Isso, segundo o entrevistado, favorecia a escolha de pacientes que poderiam se beneficiar com a UTI. Percebe-se, também, a resistência diante de uma instituição que controla a ocupação dos leitos na cidade:

Muito difícil, o contato que a gente tem é via telefone [...]. Pra gente, foi um pouco complicado se acostumar, se adaptar à central de leitos porque quem escolhia os pacientes e sabia do perfil era o médico de plantão, então a gente tinha condição de escolher aquele que era mais jovem, aquele que tem mais condição de sair da UTI. [...] é que a UTI ela encheu-se de pacientes [...] como sequelados de AVCs que muitas vezes não têm indicação de UTI. Colocou na central a função da central arranjando um leito esse é o problema, antes a gente dizia se aquele paciente tinha indicação ou não, [...] tudo hoje quem diz é o médico por telefone, [...] não posso fazer nada, o médico lá do Frotinha é que disse [...]. O que a gente notou é que infelizmente o nível de paciente piorou. (Entrevistado 8).

Segundo o entrevistado 10 confirma, antes da regulação de leitos pela CRRIFOR, não havia o controle da quantidade de leitos existentes na cidade. Ficava a critério de cada hospital a forma de utilização das vagas:

[...] Antes, a impressão que tenho é que não existia um controle sobre leitos vagos, ou que hospitais tinham leitos de UTI, me passava até essa impressão, não se sabia nem onde tinha leito de UTI. (Entrevistado 10).

Regulação assistencial e as dificuldades da CRRIFOR

Contudo, a implantação da regulação assistencial veio fornecer um novo caráter ao acesso a leitos de UTI na cidade. A regulação assistencial é uma intervenção estatal no processo de garantia do acesso à saúde a todos os brasileiros, no intuito de adequar a relação entre a oferta e a demanda dos serviços de saúde, primando pela obtenção de um acesso de modo equânime, integral e com qualidade (BRASIL, 2006).

Nesta pesquisa, procurou-se apreender o entendimento dos entrevistados sobre a regulação assistencial. Neste sentido, a grande maioria a considera como um mecanismo organizador do sistema destinado a garantir um acesso justo:

Então, a regulação é se utilizar de critérios técnicos para a população que mais precisa poder utilizar mais rapidamente qualquer que seja o serviço que está regulando, seja um leito ou uma ambulância. Portanto, o ideal seria que a gente tivesse um número muito parecido de oferta e procura de serviço [...] (Entrevistado 1).

Este depoimento traz um elemento crucial nos processos de regulação do acesso aos serviços, isto é, a relação entre a oferta e a demanda. A portaria do Ministério da Saúde n. 1.101, de junho de 2002, determina parâmetros para o cálculo da necessidade de leitos de UTI, de acordo com a quantidade de leitos hospitalares existentes, devendo os municípios respeitarem essa determinação.

De acordo com esses parâmetros calculados em 2009, mesmo com o aumento de leitos efetivados nos últimos anos, o Estado do Ceará ainda tinha um déficit de leitos de UTI, principalmente daquela de adultos. No tocante à UTI neonatal, havia uma realidade diferenciada. Embora o Estado apresente um superávit de UTI neonatal, em relação às necessidades mínimas, estas unidades se concentram em Fortaleza e ainda há filas de pacientes aguardando vagas nessas UTI. Referida situação está acontecendo também em virtude da falta de leitos para a especialidade no interior cearense.

Diante de uma oferta inferior à demanda, esses instrumentos que organizam a disponibilização dos recursos para os usuários do SUS tornam-se imprescindíveis, como afirma o entrevistado 10:

A regulação é uma tentativa de facilitar e dar racionalidade ao encaminhamento da demanda, das solicitações, regular no sentido de dar o caminho mais adequado, principalmente quando para uma grande demanda existe pequena oferta de leitos [...]. (Entrevistado 10).

Consoante Cohn e Elias (1996, p. 11-12),

[...] o país apresenta hoje um gigantesco e oneroso aparato institucional para as políticas sociais, que tem como traços fundamentais a baixa eficiência e caráter clientelista, paternalista e não-universalizante.

Contudo, em relação à UTI, o aparato não é grande, pelo contrário, é insuficiente, mas as outras características mencionadas pelos autores eram semelhantes e ainda ocorriam após 15 anos de institucionalização do SUS. Na busca pelo enfrentamento dessa herança histórica e pela garantia de um acesso universal à saúde, tem-se a regulação. Esta pode ser considerada também uma forma de superação do clientelismo, evitando ser o acesso baseado em amizades e na troca de favores.

Outro sujeito do cenário 3 se posicionou diferente e teceu uma crítica sobre como está acontecendo a regulação. Para ele, este mecanismo é simplesmente uma fila, não acreditando na existência de critérios técnicos que visam à garantia de um acesso equânime à população.

Uma fila, para mim regulação de leitos é simplesmente uma fila, paciente de 97 anos é o próximo da fila, paciente de 28 anos é o quinto [...]. (Entrevistado 7).

Durante as entrevistas, foi possível identificar os entraves considerados pelos profissionais de saúde para o funcionamento da CRRIFOR e para o acesso a leitos de UTI.

De modo geral, o SUS apresenta uma série de barreiras para a garantia do acesso universal. Atualmente, a

superação das dificuldades de operacionalização na busca de melhoria do sistema constitui um desafio.

Nesse âmbito, um dos sujeitos do cenário 1 destaca a necessidade da criação de uma rede assistencial do SUS, o qual já devia trabalhar com essa ideia. Na prática, porém, isso não acontece. O sujeito ressalta a importância de uma gestão eficiente e do planejamento com vistas à maior organização do sistema, para que a CRRIFOR não acabe como uma tentativa frustrada:

Eu acho que está faltando gestão, planejamento, criação de uma rede assistencial [...]. Então, temos um sistema – se é que podemos chamar de sistema – , um grupo de hospitais que trabalham individualmente, cada um de um lado. Portanto, o papel da secretaria de saúde é exatamente a criação da rede deste sistema, para que a central possa trabalhar bem [...]. Meu medo é que a central de leitos e as centrais acabem ficando como mais uma tentativa frustrada de correção do sistema [...]. Atualmente, além de a gente ter essa dificuldade dentro do sistema de saúde, estamos com dificuldade de estrutura física. (Entrevistado 1).

O problema referente à estrutura física também foi exposto como uma barreira para o bom funcionamento da CRRIFOR. Dispensa-se pouco cuidado, ou mesmo nenhum, à organização das condições de trabalho. Ignora-se, assim, a influência destas sobre o bom desenvolvimento das atividades laborais.

Outro entrave percebido para o bom funcionamento da CRRIFOR é o desconhecimento de alguns profissionais. Estes, muitas vezes por falta de informações sobre a importância do órgão, acabam não colaborando com a regulação:

A maneira como os profissionais de saúde veem a CRRIFOR é um ponto que a gente precisa avançar. [...] alguns acham que a CRRIFOR não tem tanta influência assim, outros não colaboram muito, então eu acho que precisa ainda muito trabalho até de informar, educar da importância de como funciona a central [...]. (Entrevistado 3).

Mais uma dificuldade percebida na regulação dos leitos de UTI é a interferência judicial para internar pacientes, ou seja, quando familiares de pacientes que aguardam vaga entram com uma ação no Ministério Público, a justiça concede liminar obrigando a internação do paciente em UTI. Nestes casos, desconsideram-se a fila já existente e o protocolo que define critérios clínicos para o acesso a leitos de UTI:

[...] outro grande problema é a interferência judicial em relação a critérios médicos, primeiro, muitas vezes, existem pacientes que não têm tanta indicação de UTI, às vezes um paciente com neoplasia terminal vai tomar a vaga porque a justiça interfere e joga o problema para o sistema de saúde [...]. (Entrevistado 5).

Como a saúde é um direito de todos, dever do Estado e é uma questão de relevância pública, isso permite ao cidadão reclamar judicialmente a garantia do seu direito. Todavia, como não há serviços suficientes para atender a todos, aquele que reclamou acaba sendo atendido na frente de todos os que estão na fila e não utilizaram este recurso. Desse modo, a judicialização da saúde se torna uma questão complexa, que precisa ser aprofundada por outros estudos.

Ainda como responsável pelo mau funcionamento do SUS, citou-se o seguinte: a falta de leitos de UTI no interior do Estado e a transferência desses pacientes para a capital, com consequente sobrecarga no serviço em Fortaleza. Este fato aponta para o problema da concentração dos serviços nos grandes centros urbanos e da ação lenta do Estado para solucioná-lo, pois não existem investimentos suficientes, os quais sejam possíveis de modificarem esta realidade a curto ou médio prazo. O entrevistado 5 chama atenção para este problema:

[...] Os pacientes vindos do interior porque não têm assistência adequada é outro problema. Tem que construir UTI no interior. Se o sistema de saúde interiorano melhorasse para dar uma assistência melhor ao povo do interior, eles não precisavam tanto vir para a capital. (Entrevistado 5).

Outro problema considerado pelos sujeitos como entrave ao bom funcionamento da CRRIFOR foi quanto ao transporte de paciente que necessita de uma UTI móvel:

Acho que, atualmente, o grande problema é a questão da remoção do paciente, muitas vezes a vaga é conseguida e ficamos emperrados na questão da ambulância, ou seja, da UTI móvel. [...] O paciente chega a perder a vaga, cria um desgaste para a família do paciente que não compreende, se tem a vaga por que não tem a ambulância? (Entrevistado 6).

Na busca pela superação dessa situação de deficiência de UTI móvel, atualmente, a Central conta com um serviço particular que é acionado quando a UTI móvel da CRRIFOR está sendo utilizada. Mas mesmo com este serviço, ainda ocorrem problemas de transporte, sobretudo porque a maioria dos hospitais da cidade não dispõe de um veículo para esse tipo de transferência e a demanda por UTI móvel é muito grande.

A indicação, o tipo de paciente que está ocupando os leitos de UTI e a falta de leitos para pacientes necessitados de cuidados especiais, mas não exatamente de UTI, são percebidos como causa da falta de leitos de UTI:

Então eu atribuo a falta de leitos de UTIs à indicação indiscriminada. Porque o doente precisa de uma ventilação mecânica é um fato, mas ele precisa de UTI é outra coisa, (...) existe uma coisa que se chama Unidade de Cuidados Especiais que não é uma UTI propriamente dita, (...) tipo uma semi-intensiva, (...) e me parece que o governo está com essa intenção de abrir leitos desse tipo, mas ainda eu não sei qual a intenção dele, se é resolver o problema ou mascarar o problema. (Entrevistado 7).

A necessidade de se implantar Unidades de Cuidados Especiais já foi mencionada por Meneses (2002), por um lado, poupando-se a ocupação da UTI e, por outro, gerando novos leitos. Esta poderia ser uma saída para a cidade de Fortaleza, ou seja, a instituição de

leitos de cuidados especiais, também denominada semi-intensiva. Para o autor, estes novos leitos seriam uma forma de desafogar as UTI. Contudo, o entrevistado 7 questiona a efetividade dessa alternativa, que pode vir a ser apenas uma forma de mascarar o problema.

Outra questão abordada nas entrevistas foi a participação privada na prestação de serviços de saúde à população. De acordo com a lei n. 8.080/1990, deve ser prestada em caráter complementar, mediante contratos e convênios, e a prestação destes serviços deve ser avaliada e fiscalizada pelo poder público. A partir da percepção do entrevistado 10, pode-se inferir que o interesse do setor privado pelo lucro colide com os princípios do SUS da universalidade e equidade:

O hospital privado tem uma missão lucrativa, então, ele vende alguns leitos para o SUS [...], e acaba tirando da CRRIFOR aquela missão maior de encaminhar os pacientes que mais precisam. [...] encaminhamos os pacientes que a UTI pode receber, não o que a gente está precisando, [...] isso distorce totalmente o sistema. Já temos um sistema que não foi planejado pela necessidade da população e sim pelo que a gente podia oferecer. (Entrevistado 10).

A relação entre o público e o privado exige do Estado e da sociedade civil um controle efetivo sobre a utilização dos serviços prestados. No caso dos leitos de UTI, cabe aos gestores atentarem para a necessidade urgente de se rever a forma como esses leitos vêm sendo ofertados ao setor público. Atualmente, a maioria dos leitos de UTI dos hospitais privados está sendo ofertada ao SUS, preferencialmente a pacientes que realizaram cirurgias eletivas, os quais são menos onerosos para o hospital. É preciso, portanto, que a regulação pública e a pactuação dos critérios de articulação entre o sistema público e o privado exerçam um controle mais rigoroso para preservação dos princípios da equidade.

Considerações finais

Um dos aspectos salientados por este estudo é a urgência de dotar o SUS de infraestrutura compatível com o

tamanho da população e financiamento adequado, condições sem as quais a integralidade e o acesso universal aos serviços de saúde ficam comprometidos.

Contudo, as opções neoliberais de restringir o gasto público com políticas sociais impõem inúmeras dificuldades ao funcionamento pleno do sistema. É neste contexto que a necessidade de organizar a oferta do serviço se torna vital. Há uma exigência técnica de criar estratégias gerenciais, mas isso não exclui a exigência política de aumentar o financiamento do SUS.

Na ótica dos profissionais de saúde entrevistados, a central de regulação é um mecanismo que auxilia na garantia de acesso, de forma equânime e justa, principalmente diante de uma oferta inferior à demanda. Todavia, de acordo com eles, ainda há muito a se fazer no intuito de garantir qualidade na oferta dos serviços de saúde existentes.

Também, segundo os entrevistados, a CRRIFOR representa um avanço nas políticas públicas do município de Fortaleza, embora segundo outros a regulação não venha ocorrendo de forma correta. Além disso, como foi observado, é visível um desconhecimento do real papel da CRRIFOR por parte dos profissionais que não atuam no órgão.

Entretanto, para poder a CRRIFOR efetivar suas contribuições, primando pela melhoria do acesso e alcance de todos os objetivos, será necessária a superação de determinados entraves apontados pelos entrevistados. Com vistas a cumprir seu papel dentro do sistema, a CRRIFOR já está implementando algumas ações. Primeiramente, no que refere-se ao transporte de pacientes, a providência adotada foi a contratação de um serviço particular, embora isso ainda não seja suficiente. No tocante à necessidade de uma busca *in loco*, a CRRIFOR já dispõe de uma equipe de auditoria responsável por fazer a fiscalização diária nas UTI públicas ou conveniadas com o SUS.

Há, porém, iminentes desafios a uma melhor estruturação da CRRIFOR, quais sejam: maior conhecimento dos profissionais envolvidos no processo de regulação sobre o seu funcionamento, visando o cumprimento de suas determinações na prática cotidiana; avaliação do processo desenvolvido e correção das distorções; além da necessidade de maiores recursos financeiros para dotar o sistema de mais leitos de UTI, como também de unidades semi-intensivas, e melhorar a infraestrutura interna da Central. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n. 1.559 de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). 2008. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT_GM_1559.pdf>. Acesso em dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1, Brasília, 2006.

COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. v. 2. 7. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1987.

FORTALEZA. *Decreto municipal nº 11.411 de 20 de maio de 2003*. Dispõe sobre o funcionamento da CRRIFOR. Fortaleza, 2003a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Curso de Regulação Médica*. Manual do Médico Regulador. Fortaleza, 2003b.

JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE. Fortaleza, 16 abr. 2003. Caderno cidade. Frotinha de Parangaba carece de UTIs. Disponível em <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=70319>. Acesso em dezembro de 2010.

MENESES, F. A. *Ruídos na UTI: ensaios*. Fortaleza: Premium, 2002.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciências e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

Recebido para publicação em Outubro/2010
Versão definitiva em Janeiro/2011
Conflito de interesse: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

Vigilância ambiental em saúde – contribuição à política nacional de medicamentos

Health environmental surveillance – contribution to the Brazilian national drug policy

Elda Falqueto¹, Débora Cynamon Kligerman², Simone Cynamon Cohen³

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Coordenadora do Setor de Melhoria Contínua da Produção – Farmanguinhos. falquetofarma@msn.com

² Doutora em Planejamento Ambiental; Coordenadora Geral de Resíduos do Grupo Coordenador de Resíduos da Fiocruz; Coordenadora de Pesquisa do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. deboracykliger@gmail.com

³ Doutora em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Coordenadora da Rede Brasileira de Habitação Saudável na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. simoneccohen@gmail.com

RESUMO O artigo discute o conceito de vigilância ambiental em saúde e sua contribuição à Política Nacional de Medicamentos, valendo-se das questões ambientais que envolvem os resíduos sólidos destes produtos, as quais podem ser vistas em alguns aspectos, tais como: diminuição de custos de fabricação e distribuição de medicamentos; prevenção da contaminação ambiental e diminuição dos riscos inerentes ao seu manuseio. A Política Nacional de Medicamentos no Brasil se constitui principal instrumento para nortear ações relacionadas a medicamentos. Considerando que os resíduos fazem parte dos processos de fabricação e distribuição de medicamentos, é necessária a inclusão das contribuições da Vigilância Ambiental em Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Resíduo; Medicamento; Saúde pública; Vigilância ambiental em saúde

ABSTRACT *This article discusses the definition of health environmental surveillance and its contribution to the Brazilian National Drug Policy, focusing on solid waste aspects. This contribution can be seen in some aspects, such as: medicine costs reduction on manufacture and distribution; environmental contamination prevention and reduction of dangerous residues risks. The National Drug Policy in Brazil constitutes the main object to guide actions related to medicines, in all aspects. Considering that medicine residues are part of manufacture and distribution medicine processes, it is necessary to include Health Environmental Surveillance contributions in the Brazilian National Drug Policy.*

KEYWORDS: Waste; Medicine; Public health; Health environmental surveillance

Introdução

Atualmente, o medicamento é um importante instrumento com grande impacto na Saúde Pública, principalmente porque o Brasil apresenta doenças como dengue, malária, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras, as quais emergem e reemergem (BRASIL, 2000b). Dada sua importância, é imprescindível uma política nacional que forneça subsídios para o controle dos processos de fabricação, bem como promova uma assistência farmacêutica que combata o uso indiscriminado e incorreto dos medicamentos.

Para assegurar e impulsionar as ações voltadas para o uso correto e seguro de medicamentos, foi aprovada, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 2001) que deu força, como componente importante, ao Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, para consolidação destas políticas, é importante também o incremento de diretrizes, que tratem mais especificamente das questões ambientais relacionadas aos resíduos gerados no processo de fabricação e distribuição de medicamentos.

Inicialmente, o controle e a fiscalização dos medicamentos eram parte integrante do Sistema de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1976) e, ao final da década de 1990 (DA SILVA, 2003), passaram ao controle da Vigilância Sanitária, que continua sendo responsável pela regulação do medicamento. Em 2000, o Ministério da Saúde formula a Vigilância Ambiental em Saúde. Nesse contexto, onde estariam inseridos os resíduos de medicamentos?

As ações da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) estão ligadas a medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental (OPAS, 2007). O Sistema de VAS concentra informações sobre fatores ambientais e biológicos, fatores físicos e químicos relacionados a contaminantes ambientais, qualidade da água para consumo humano, qualidade do ar e solo, desastres naturais; acidentes com produtos perigosos, entre outros (FUNASA, 2002; BRASIL, 2000a).

Para minimizar os impactos ambientais e os problemas causados pela disposição inadequada de resíduos, bem como minimizar os custos dos medicamentos e os agravos à saúde humana, é de grande importância a

inserção de questões ambientais relacionadas aos medicamentos por meio do Sistema de Vigilância Ambiental em Saúde, o qual poderá fundamentar ações que sejam direcionadas: à diminuição na geração de resíduos, ao tratamento adequado aos resíduos de modo a prevenir a contaminação ambiental, evitando que a população entre em contato indiretamente com os medicamentos e à integração das informações e ações entre diferentes setores para prevenir e controlar os fatores de risco das doenças e outros agravos à saúde, decorrentes do ambiente e das atividades produtivas.

A importância das questões ambientais, quando trata-se de medicamentos, está ligada ao fato de que o processo da fabricação de medicamentos e os estabelecimentos de serviços de saúde geram resíduos, os quais devem ter disposição adequada para evitar o uso indiscriminado daqueles medicamentos que perderam sua função.

Para fornecer os argumentos da discussão proposta, será inicialmente feita uma visita à PNM. Em seguida, a Vigilância Ambiental será contextualizada, discutindo-se suas contribuições na aplicação das diretrizes da PNM, dando-lhe robustez, em conjunto com os enfoques das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

Políticas de saúde e os medicamentos: breve histórico

O primeiro acontecimento marcante no Brasil relacionado à Saúde Pública foi o surgimento do seguro social em 1923, com a promulgação da lei nº 4.682, de 24 de janeiro, na qual, entre as prestações oferecidas aos segurados, constava o fornecimento de medicamentos. No entanto, atendia apenas aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores (MERCADANTE, 2002).

Na busca pela igualdade de acesso à saúde, na década de 1970, surgiu o Movimento Sanitário, que foi importante na ampliação do direito à assistência a toda população, independentemente da situação ocupacional dos beneficiários (COTTA *et al.*, 1998). Esta ampliação ocorreu somente em 1988, quando o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde foi consagrado pela Constituição Federal. Nesse momento, criou-se

o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Os medicamentos, que acompanham as políticas de saúde como ferramentas na promoção, proteção e recuperação da saúde, desde o surgimento do seguro social, se mantiveram como objeto de ações do SUS (BRASIL, 1990). Confirmando seu importante papel para a Saúde Pública, em outubro de 1998, foi aprovada a PNM com o propósito de ‘garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais’ (BRASIL, 2001). No entanto, não há referência a nenhuma ação de Vigilância Ambiental nesta Política.

Em 2004, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde, configurando-se como um instrumento essencial para a gestão do SUS. Este, no que se refere aos medicamentos, preconiza a efetivação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e, engloba, ainda, a implantação de farmácias populares, destinadas à oferta de medicamentos a preços reduzidos e à promoção do acesso da população aos produtos essenciais de que necessitam (BRASIL, 2005). O Plano Nacional de Saúde representa um avanço com a inserção da Vigilância Ambiental, mas ainda não há referência quanto a questões relacionadas aos resíduos (BRASIL, 2004).

O Brasil passou por grandes transformações no campo da Saúde Pública, como citado anteriormente, e, em todas as transformações, observou-se a consolidação dos medicamentos como instrumentos importantes, objetos de uma Política Nacional de Saúde. Mas falta ainda uma diretriz clara relacionada aos resíduos. Para analisar este aspecto, serão destacadas as principais ações e diretrizes desta política.

Principais ações e diretrizes da PNM

Em relação à PNM, destaca-se que países como México, Nicarágua, Paraguai, Peru, Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Equador e Venezuela apresentam grandes semelhanças, o que aponta uma harmonização das normas entre os países da América Latina. Os temas que permeiam as políticas dos países citados, incluindo

o Brasil, são: registro sanitário, controle de qualidade e boas práticas de fabricação, farmacovigilância e promoção do uso racional de medicamentos (CASANOVA, 1999).

No Brasil, para incorporar estes temas e visando fornecer o devido suporte ao conjunto de ações do SUS, a PNM contém oito diretrizes, a saber:

- adoção da relação de medicamentos essenciais, indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população, sendo sistematicamente atualizada (JONCHEERE, 1997; BRASIL, 1998);
- regulamentação sanitária de medicamentos, com destaque para as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização de funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a se revelar inadequados ao uso (JONCHEERE, 1997; BRASIL, 1998);
- reorientação da assistência farmacêutica, que engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, controle da qualidade e utilização (JONCHEERE, 1997; BRASIL, 1998);
- promoção do uso racional de medicamentos, na qual a informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico no tratamento é de grande importância, bem como a ênfase ao processo educativo dos usuários quanto aos riscos envolvidos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005; ROZENFELD, 1998);
- desenvolvimentos científico e tecnológico principalmente no que se refere à revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promoção de pesquisas na área, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo, este enfoque é importante quando analisa-se o desenvolvimento do setor farmacêutico no Brasil e os processos de inovação (BRASIL, 1998; GADELHA, 2003);
- promoção da produção de medicamentos com esforços concentrados no estabelecimento de uma articulação efetiva das atividades de produção dos medicamentos da relação nacional de medicamentos essenciais (BRASIL, 1998);

- garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, fundamentada no cumprimento da regulamentação sanitária, com destaque para as atividades de inspeção e fiscalização (BRASIL, 1998). Neste sentido, o Estado deve contar com uma legislação exigente em termos de qualidade e estrutura e uma Vigilância Sanitária estruturada. É importante frisar que a fiscalização, na fábrica e na distribuição, é o meio de maior impacto e menor custo operacional para garantir a qualidade dos produtos que passam pelo crivo inicial da análise de segurança e eficácia (VISCONDE, 1997);
- desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, em que é vislumbrada a adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada (BRASIL, 1998; 2001).

As diretrizes apontadas, sem dúvida, constituem um aparato importante para consolidação das Políticas de Saúde Pública, principalmente com o crescente aumento no consumo de medicamentos. Porém, em nenhuma das diretrizes citadas, há referência à Vigilância Ambiental e à preocupação com o gerenciamento de resíduos. Trata-se de diretrizes voltadas à produção, ao acesso e ao uso racional dos medicamentos.

O gerenciamento dos resíduos de medicamentos não está, de certa forma, envolvido nestas questões? Para entendimento melhor dos argumentos desta discussão, alguns conceitos e aspectos inerentes à VAS ligados aos medicamentos e seus resíduos serão descritos no próximo item.

VAS: conceito e aspectos importantes

A VAS se configura num conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança no meio ambiente, que interfira na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental (BRASIL, 1976). No que diz respeito aos processos de produção, distribuição e uso de medicamentos, é necessário entender como podem

interferir na qualidade ambiental e, assim, nos agravos à saúde.

Quanto à estruturação da área de VAS no SUS, no âmbito do que foi proposto pelo Plano Nacional de Saúde, as ações descritas são voltadas para viabilizar a introdução dos mecanismos de vigilância em saúde relacionados a fatores biológicos; contaminantes ambientais; à qualidade da água para consumo humano; à qualidade do ar e do solo; aos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos (BRASIL, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns papéis específicos são atribuídos à vigilância ambiental, os quais não estão contemplados pelo Plano Nacional de Saúde, são eles: monitorar as condições de saúde e ambiente, assegurando a descentralização das ações e as prioridades locais; utilizar indicadores que relacionem saúde e condições de vida, produzindo estimativas da contribuição de diferentes fatores ambientais e socioeconômicos para problemas de saúde; analisar as necessidades e exigências para a saúde nos vários setores do desenvolvimento, tais como habitação, agricultura, ocupação urbana, mineração, transporte e indústria; formular políticas de vigilância ambiental em parceria com setores afins, este quesito é importante quando a aplicação da vigilância ambiental às políticas que dizem respeito à fabricação, distribuição e ao uso de medicamentos é discutida; promover a ênfase nas questões de saúde e ambiente, junto às agências, organizações públicas e privadas e comunidades, em todos os níveis, para inclusão nos seus trabalhos, planos e programas das questões referentes à vigilância ambiental; apoiar as iniciativas locais e regionais de estruturação da vigilância ambiental nos serviços de saúde (OMS, 1998).

As tarefas fundamentais da VAS se relacionam aos fatores ambientais, a sua priorização para tomada de decisão e à execução de ações relativas à promoção, prevenção e controle, as quais foram recomendadas e executadas, e sua permanente avaliação.

Para dar suporte à Vigilância Ambiental, no Brasil, conta-se com um Sistema Nacional de VAS (SINVAS), que compreende um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas relativos a vigilância ambiental em saúde, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança

nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.

O Ministério da Saúde criou programas como VIGIÁGUA (Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano), VIGISOLO (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado), VIGIQUIM (Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionado às Substâncias Químicas), VIGIAPP (relacionado a acidentes envolvendo produtos perigosos), dentre outros, para dar suporte às ações de VAS inicialmente propostas. Isto é especialmente importante porque, por exemplo, o monitoramento da poluição do ar e do solo geralmente é feito apenas por órgãos ambientais dispersos pela União, e sem a intersecção dos órgãos e agências do SUS fica mais difícil relacionar os contaminantes com os agravos a saúde de uma determinada população (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

Para a consolidação dos avanços da VAS, apesar dos esforços já envidados no que se refere aos aspectos ambientais, deverá ser concretizada também uma Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA), que sirva de referência para o desenvolvimento das atividades da VAS, e o incentivo para a sua estruturação em todos os estados brasileiros, considerando os preceitos do SUS, visto que, em realidade, os programas ainda não são articulados com a área ambiental (MACÊDO, 2000).

Inferese, do disposto no parágrafo anterior, que as ações de VAS devem estar caminhando em conjunto com outras ações de saúde, como a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica, bem como em conjunto com ações voltadas para a qualidade ambiental, de responsabilidade do Ministério do Meio Ambiente e, para que alcance seus objetivos, deve estar inserido nas Políticas de Saúde Pública. Com base nessa argumentação, propõe-se a aplicação dos preceitos de VAS para consolidação da PNM, conforme será demonstrado.

VAS na consolidação das diretrizes da PNM

A VAS pode ser observada quando do tratamento das questões ambientais envolvidas nos processos de fabricação, armazenamento e distribuição de medicamentos,

por meio, por exemplo, do gerenciamento de resíduos sólidos de medicamentos, que ocorre tanto nas fábricas quanto nos serviços de saúde, como hospitais, farmácias, distribuidores, transportadores etc. Como resíduo de medicamento, entende-se o que é gerado como consequência não-desejada dos processos de fabricação e distribuição dos medicamentos, exemplificando: são os medicamentos com prazo de validade vencidos, aqueles que sofreram danos durante transporte ou manuseio, sobras de processos produtivos, matérias-primas com prazo de validade vencido, dentre outros (SCHNEIDER *et al.*, 2001).

O gerenciamento dos resíduos sólidos de medicamentos tem como objetivos: a proteção do meio ambiente contra a disposição inadequada de resíduos de característica química, evitando a contaminação de águas, solo e ar, protegendo tanto a vida humana quanto a animal; a diminuição dos custos do processo e, portanto, dos medicamentos (SCHNEIDER *et al.*, 2001).

Assim, ao ser implementado um gerenciamento eficiente de resíduos, este seria a garantia de que a linha de produção e distribuição dos medicamentos não gera impactos ambientais e não causa danos à saúde da coletividade. Além disto, contribui para melhoria da qualidade de vida, reduzindo os custos com a saúde (MACÊDO, 2000). Este gerenciamento deve englobar atividades que tenham por objetivo, não apenas, o tratamento do que foi gerado, mas, principalmente, atividades que diminuam sua geração.

As ações que minimizem o impacto desses resíduos devem contemplar o manuseio nos estabelecimentos de saúde, no transporte interno e no transporte e, finalmente, devem contemplar a destinação final e as medidas que evitem a geração de resíduos dessa natureza.

Tendo em vista o uso de medicamentos, os preceitos da vigilância ambiental referentes à interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento devem ser observados. Se os objetivos da PNM se relacionam com a promoção da saúde por meio do uso racional dos medicamentos, sua qualidade e acesso, a inserção da Vigilância Ambiental, tende a torná-la mais eficiente. Como a Vigilância Ambiental pode auxiliar no alcance dos objetivos da PNM?

Contribuição da vigilância ambiental para proteção ambiental

O Estado tem obrigação de assegurar tanto a qualidade quanto a eficácia terapêutica dos produtos, porque tem a responsabilidade de garantir a saúde da população. No Brasil, entre a segunda metade do século 19 e a primeira metade do século 20, apareceram as primeiras regulamentações para garantir a qualidade dos medicamentos (FALQUETO *et al.*, 2006). Várias regulamentações entraram em vigor até surgir o Sistema de Vigilância Sanitária atual. Em consonância com a evolução dos sistemas de vigilância existentes, destaca-se também a evolução da VAS, que conta com programas como VIGIAPP, VIGISOLO E VIGIÁGUA, VIGIQUIM, VIGIAR, de especial importância quando trata-se de resíduos de medicamentos, porque: os resíduos sólidos de medicamentos podem causar acidentes e se relacionam a produtos perigosos, principalmente os de origem industrial, quando dispostos inadequadamente podem contaminar solo e água, os medicamentos são substâncias químicas incluídas nos resíduos industriais e domésticos, e, por fim, os processos industriais, tanto de fabricação de medicamentos quanto de tratamento dos resíduos por incineração, são responsáveis pela emissão de partículas no ambiente, se não controlados devidamente (BRASIL, 2009b).

Na aplicação do gerenciamento de resíduos sólidos de medicamentos, os quesitos de segurança devem estar contemplados onde ocorre geração, transporte e tratamento de resíduos. Para tanto, é necessária a existência de diretrizes, estratégias, metas precisas e um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, o qual seja capaz de garantir a efetividade das ações para prevenir os agravos e atender aos problemas existentes (GOMEZ, 2005). É o que espera-se da aplicação da vigilância ambiental, inclusive quando se pensa nos trabalhadores envolvidos nesses processos, pois as exposições dos trabalhadores aos riscos e os efeitos na saúde são complexos (MACHADO, 1997).

A articulação dessas ações não é tarefa fácil, porque relacionam saúde, meio ambiente e desenvolvimento, mas deve-se começar pela busca de soluções. Entender a importância, os limites e agravos possibilita encontrar formas de minimizar os problemas ambientais

relacionados aos resíduos de medicamentos. Embora a PNM não possua nenhuma diretriz que trate dos resíduos sólidos, o gerenciamento destes resíduos tem interface importante com algumas das diretrizes desta política.

Tanto a reorientação da assistência farmacêutica quanto o gerenciamento de resíduos de medicamentos (GRM) possuem ações que englobam as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. A eficiência dessas ações evita produtos encalhados nas prateleiras, os quais, posteriormente, se tornam resíduos. Em relação à promoção do uso racional de medicamentos, o correto tratamento dos resíduos gerados evita o acesso das pessoas aos locais onde o resíduo é gerado e nos locais onde será inadvertidamente disposto. O desenvolvimento científico e tecnológico deveria embutir conhecimento acerca dos tratamentos mais eficazes para os resíduos de medicamentos das diferentes classes químicas existentes. Na promoção da produção de medicamentos, ações que minimizem a geração de resíduos, por meio de perdas ou devolução dos produtos do mercado e pela reciclagem de material de embalagem, são também importantes e fazem parte do GRM com consequente diminuição dos custos do produto.

Os resíduos de medicamentos, embora não sejam tratados pela PNM, estão sob a regulamentação do Ministério da Saúde e do Meio Ambiente. Pode-se destacar entre as normas atualmente empregadas para o gerenciamento dos resíduos de medicamentos, a Resolução do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA) nº 358, de abril de 2005, e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306, de dezembro de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os órgãos de vigilância sanitária e ambiental são responsáveis pelos instrumentos legais e pela fiscalização, para garantir que os geradores de resíduos dessa natureza lhes deem a destinação adequada.

No dia 31 de maio de 2004, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004) publicou a nova versão da sua norma NBR 10.004 – Resíduos Sólidos. Esta norma classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, para que

possam ser gerenciados adequadamente. Por esta norma, pode-se identificar o potencial de risco do resíduo, que está classificado em três classes distintas: classe I (perigosos), classe II (não-inertes) e classe III (inertes).

Os resíduos de medicamentos pertencem à classe I, que apresentam riscos à saúde pública e ao meio ambiente, exigindo tratamento e disposição especiais em função de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenicidade.

Porém, no Brasil, os processos de tratamento e disposição final dos resíduos não são claramente definidos e faltam nas regulamentações nacionais, como as resoluções do CONAMA e da ANVISA, aparatos ou guias que ajudem na composição do gerenciamento dos resíduos sólidos de medicamentos. Faltam também a disponibilidade de dados e as informações com rigor científico, no que tange às possibilidades de manejo e tratamento desses resíduos (FALQUETO *et al.*, 2006).

Esta situação se torna ainda mais grave ao pensar em medicamentos que podem causar dependência física e psíquica (ANVISA, 1998).

No início de 2005, o Ministério do Meio Ambiente envidou esforços no sentido de regulamentar a questão de resíduos sólidos no país. Foi criado um grupo interno na Secretaria de Qualidade Ambiental para consolidar e sistematizar contribuições dos Anteprojetos de Lei e de diversos atores. O Projeto de Lei nº 1991, de 2007, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, foi resultado da consolidação deste grupo, aprovado em 2010 (BRASIL, 1991).

No entanto, a questão de resíduos sólidos vem sendo exercida pela atuação dos órgãos regulatórios, por meio das resoluções do CONAMA e da ANVISA. Os órgãos reguladores nacionais podem se valer das instruções preparadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da OMS para amparar ações que contribuam ao correto tratamento dos resíduos de medicamentos.

Recomendações da OMS e OPAS

De acordo com a OPAS (OPAS, 1997), o gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSS), onde estão inseridos os medicamentos, deve

alcançar dois objetivos fundamentais: um relacionado ao controle dos riscos para a saúde pela exposição aos resíduos infecciosos e outro visando à reciclagem, ao tratamento, ao armazenamento, ao transporte e à disposição final dos RSS de forma adequada. Em termos de diretrizes, a legislação brasileira apresenta os mesmos objetivos.

A OMS tem um guia para gerenciamento de RSS (WHO, 2000), que contempla informações compatíveis com a legislação brasileira em termos de princípios de reciclagem, reúso, entre outros. Mas fornece outras informações que a legislação brasileira não contempla, principalmente, relacionadas aos tratamentos dados aos resíduos, como os oriundos de medicamentos que contêm metal ou composto organoclorado.

De acordo com a OMS, os resíduos de serviços de saúde precisam de um gerenciamento que inclua alternativas ao processo de incineração. Dentre as alternativas propostas pela OMS, pode-se citar a redução efetiva do resíduo gerado por meio de medidas, tais como a segregação (WHO, 2006).

É importante ressaltar que a incineração inadequada, ou incineração de material não-passível de incineração, pode resultar num poluente mais nocivo que a substância a ser tratada. Por exemplo, a incineração de organoclorados pode gerar dioxinas ou furanos, que são classificados como agentes carcinogênicos. Apenas incineradores modernos que trabalham com temperaturas de 800 a 1.000 °C e com equipamento para filtração de ar são capazes de evitar a liberação de dioxinas e furanos. De fato, não há um tratamento ambientalmente correto que seja barato (WHO, 2004). O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, segundo a OMS, deve compreender alguns elementos-chave, como: a construção de um sistema alocando responsabilidades, estudando a instalação, manipulação e disposição, a conscientização e o treinamento a respeito dos riscos inerentes aos resíduos, à segurança e às práticas e a seleção de opções seguras ambientalmente para proteger as pessoas nas diferentes etapas de coleta, manipulação, estocagem, transporte, tratamento ou disposição dos resíduos (WHO, 2004).

A OMS, em conjunto com a OPAS, fornece várias recomendações que podem ser aplicadas nos países em desenvolvimento e que não contam com recursos financeiros para incineração adequada dos resíduos.

Há recomendações para casos de doações de produtos farmacêuticos, nos quais frisa-se que deve ser evitado o desperdício de boas doações com medidas de distribuição eficientes, respeitando os prazos de validade (WHO, 1999).

Para países com limitações de recursos e equipamentos, a OMS fornece várias diretrizes para eliminação de medicamentos inutilizáveis, com mínimo de riscos para saúde pública e meio ambiente, que possui como objetivo contribuir para eliminação segura e econômica dos resíduos de medicamentos (WHO, 1999). No entanto, as medidas tratadas pela OMS não valem para todas as classes de substâncias químicas. Nos casos dos compostos organoclorados e daqueles que contêm metais pesados, devem ser tratados de forma específica, de acordo com critérios já estabelecidos (WHO, 2006).

Dentre os métodos citados pela OMS estão: o uso de aterro sanitário industrial e a decomposição química. Caberá aos gestores dos municípios e representantes das autoridades sanitárias e ambientais decidirem sobre a aplicação desses métodos (WHO, 1999).

Conclusão

Na questão do ar e solo contaminados, os responsáveis estão, na maior parte das situações, distribuídos em diferentes níveis da cadeia produtiva, cuja auditoria, de parte deles, é competência de órgãos extra-SUS, as Agências Estaduais de Controle da Poluição, por exemplo.

Engajada na tarefa de consolidar o SUS, a VAS deve emergir tendo a intersetorialidade e a interdisciplinaridade como pressupostos (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006). É, neste sentido, que sua integração na PNM se faz desejada, tendo em vista sua contribuição relacionada:

- ao acesso aos medicamentos, sabe-se que todo processo de tratamento de resíduos seja qual for sua origem é dispendioso e, além disso, representa perdas de matérias-primas e produtos que poderiam estar sendo utilizados, ocasionando faltas no estoque. Um sistema de gestão ambiental, sustentado pelos preceitos da vigilância ambiental, atuante, representa minimização nos prejuízos causados pelas perdas em produção e distribuição de medicamentos, com consequente diminuição nos gastos com tratamento de resíduos. Isto é deveras importante, principalmente em Laboratórios Oficiais, nos quais as perdas implicam diretamente na falta de medicamentos essenciais para a população que necessita deles (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; JONCHEERE, 1997; BRASIL, 1990; BRASIL, 2006; GADELHA, 2003; BRASIL, 2006);
- preservação ambiental, com a incorporação da vigilância ambiental na PNM, a esta ganha mais força e espaço, inclusive com o fomento de pesquisas sobre os danos causados por esta classe de substâncias químicas ao serem dispersos no ambiente. Isto torna-se urgente, principalmente com a crescente medicalização da população (BRASIL, 2001; GADELHA, 2003; FALQUETO; KLIGERMAN, 2008).

No entanto, cabe ressaltar que, para que a VAS dê os resultados esperados, são fundamentais as articulações entre os programas de vigilância ambiental: o Ministério do Meio Ambiente, por meio, por exemplo, da Secretaria de Qualidade Ambiental, porque tem missões afins no que se refere à qualidade e segurança ambiental relacionada a resíduos de medicamentos, e o Ministério da Saúde, por exemplo, pela ANVISA, pois tem missões afins no que se refere a medicamentos e seus resíduos. ■

Referências

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária: dispõe sobre o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Brasília, 12 de maio de 1998.
- _____. Resolução nº 306 dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Brasília, 7 de dezembro de 2004.
- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10.004 – Resíduos Sólidos. Publicado em 31 de maio de 2004.
- BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L.A.D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, São Paulo, jan./feb, 2006.
- BRASIL. *Projeto de Lei nº 1991 do Ministério do Meio Ambiente*: Dispõe sobre a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Online. Disponível na URL: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/501911.pdf>>. Acessado em 18 dez 2009a.
- _____. *Vigilância Ambiental em Saúde*. Citado em 15 de setembro de 2009. Disponível na URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=975>. Acessado em 15 set 2009b.
- _____. *Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministério da Saúde*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde: Um pacto pela saúde no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. *Portaria nº 2.607*. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde. D. O. U. [República Federativa do Brasil], Brasília, 10 de dezembro de 2004.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Decreto nº 3.450*. Aprova o estatuto e quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da fundação nacional de saúde – Funasa e dá outras providências. D. O. U. [República Federativa do Brasil], Brasília, 10 de maio de 2000a.
- _____. Informes Técnicos Institucionais – Política Nacional de Medicamentos. *Revista Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 206-209, 2000b.
- _____. *Portaria nº 3.916*. Institui a Política Nacional de Medicamentos, e dá outras providências. Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Brasília, 30 de outubro de 1998.
- _____. *Lei nº 8.080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D. O. U. [República Federativa do Brasil], Brasília 19 de setembro de 1990.
- _____. *Decreto nº 78.231*. Regulamenta a Lei no 6.259, de 30 e outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Brasília, 12 de agosto de 1976.
- CASANOVA, P. *Análisis Comparativo sobre legislaciones em Medicamentos en Países de la Región*. Washington, D.C: Organização Pan-americana de Saúde, 1999. 44p.
- CONAMA. Conselho Nacional de Meio Ambiente. *Resolução nº 358*. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos serviços de saúde e dá outras providências. D. O. U. [República Federativa do Brasil], Brasília, 29 de abril de 2005.
- COTTA, R.M.M. *et al. Descentralização das políticas de saúde: "do imaginário ao real"*. 148p. Viçosa, Minas Gerais: Editora UFV, 1998.
- DA SILVA, A.L.G. Saúde e Vigilância Ambiental: Um tema em construção. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p. 177-187, out/dez, 2003.
- FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D.C.; ASSUMPÇÃO, R.F. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos? Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2006. [citado em 15 de dezembro de 2008]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em 15 dez 2008.
- FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D.C. Gerenciamento de resíduos oriundos da fabricação e distribuição do medicamento Diazepam para o município de São Mateus-ES. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 673-681, 2008.
- FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. *Vigilância Ambiental em Saúde*: Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002. 42 p.
- GADELHA, C.A.G. O Complexo Industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.
- GOMEZ, C.M.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- JONCHEERE, K. A necessidade e os elementos de uma política nacional de medicamentos. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. *Brasil: A construção da Política de Medicamentos*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MACÊDO, J.A.B. As legislações e a opção do consumidor aproximam as indústrias Farmacêuticas do Sistema de Gestão Ambiental (SGA). *Revista Fármacos e Medicamentos*, v. 1, n. 4; mai/jun., p. 46-50, 2000.

MACHADO, J.M.H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 33-45, 1997.

MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. *Indicadores para o estabelecimento de políticas e a tomada de decisão em saúde ambiental*, Genebra, 1998.

_____. Organização Panamericana de Saúde. *Vigilância Ambiental*. Citado em [15/10/2007]. Disponível em: <www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=52&area=Conceito>. Acesso em : 15 out 2007.

_____. Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente. *Guia para o manejo interno de resíduos sólidos em estabelecimentos de saúde*. 2ª ed. Brasília, DF, 1997.

ROZENFELD, S. Farmacovigilância: elementos para a discussão e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*. [Internet]. abr./jun. 1998, vol. 14, n. 2, p. 237-263. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&Pid=S010211X998000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X>.

SCHNEIDER, V.E.; REGO, R.C. *Manual de Gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde*. São Paulo: CLR Balieiro Editores, 2001.

VISCONDE, O. Lei de medicamentos e qualidade de fármacos. In: BONFIM, J.R.A.; MERCUCI, V.L. *Brasil: A Construção da Política de Medicamentos*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

WHO. World Health Organization. Wastes from health-care activities. *Fact Sheet* nº 281, October, 2004. Citado em 03/ Abr/2009. Online. Disponível em: [http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs281/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs281/en/index.html). Acessado em 3 abr 2009.

_____. Wastes from health-care activities. *Fact Sheet* nº 253, October 2000. Citado em 5 de agosto de 2006. Disponível em: <[http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/index.html)>. Acessado em 5 ago 2006.

_____. *General directrices de seguridad para la eliminación de productos farmacéuticos no deseados durante y después de una emergencia*, 1999. Disponível em: <<http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/zip/whozip55s/whozip55s.pdf>>. Acessado em: 18 dez 2009.

Recebido para publicação em Fevereiro/2010

Versão definitiva em Março/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve



YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

Ao longo das últimas décadas, a atenção à saúde mental passou por uma série de transformações que perpassam desde a compreensão do sofrimento psíquico até o fortalecimento do aparato político e técnico-assistencial destinado à pessoa com transtorno mental. Fruto de um processo social complexo de reforma nas bases teórico-conceituais da Psiquiatria, tais transformações produziram impacto e repercussão social, atribuindo à Reforma Psiquiátrica brasileira um caráter de ruptura com a racionalidade científica característica da modernidade e com velhas práticas de uma Psiquiatria clássica.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é discutido por Silvio Yasui no livro *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Trata-se de um estudo teórico-conceitual a respeito da Reforma Psiquiátrica brasileira que articula uma ampla revisão bibliográfica sobre o assunto à prática profissional do autor, enquanto trabalhador da saúde, gestor da saúde mental, supervisor institucional, docente e, principalmente, enquanto testemunha e ator nesse processo social amplo e complexo que é a Reforma Psiquiátrica brasileira. Com a proposta central de buscar ferramentas teóricas e conceituais que possam qualificar e fazer avançar o conceito ‘forte’ da Reforma Psiquiátrica brasileira, compreendida na hipótese final do autor como sendo um processo civilizador, a obra é resultante da tese de doutorado defendida por Yasui na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, no ano de 2006.

Na apresentação, o autor expõe um pouco de sua trajetória, seu primeiro encontro com a dura realidade da Psiquiatria brasileira, com os maus-tratos e o abandono frequentemente destinados aos pacientes de instituições psiquiátricas. Conta suas experiências nos serviços de saúde mental, demonstrando o conhecimento de quem acompanhou de perto as transformações por que passou a Psiquiatria brasileira. Ao longo de quatro capítulos, Yasui, na esteira do pesquisador Paulo Amarante, analisa as quatro dimensões essenciais da Reforma Psiquiátrica brasileira, imprimindo suas contribuições pessoais aos construtos teóricos já discutidos na saúde mental.

O primeiro capítulo, intitulado ‘Movimento social e política pública’, retoma o percurso histórico da Reforma brasileira, destacando a dimensão política desse processo. Nesse item, o autor faz uma retrospectiva dos principais marcos que consolidaram a Reforma Psiquiátrica brasileira enquanto movimento social e que a fortaleceram enquanto política pública no Brasil. A leitura ressalta as tensões e conflitos que as ações produzidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira desencadearam na relação entre Estado e sociedade, culminando nas transformações do aparato jurídico estadual e da assistência em saúde mental.

No segundo capítulo, ‘A Reforma Psiquiátrica e a Transição Paradigmática’, evidencia-se a discussão sobre a dimensão epistemológica da Reforma Psiquiátrica brasileira. Yasui estabelece um paralelo entre a transição paradigmática ocorrida na ciência e a ruptura epistemológica que caracteriza a Reforma. Citando teóricos clássicos que debatem a respeito do assunto, o autor discorre sobre a influência da racionalidade

científica da modernidade na Psiquiatria e na prática médica. O capítulo encerra com uma discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e a transição paradigmática, na qual se pretende explicar a relação entre o surgimento da complexidade e do paradigma emergente das ciências e o aflorar de novos dispositivos terapêuticos para a saúde mental no Brasil.

A dimensão técnico-assistencial é abordada no terceiro capítulo do livro, 'CAPS: estratégia de produção de cuidados'. Nesse tópico, o autor reflete sobre a relação entre as dimensões epistemológica e técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica brasileira, realizando uma cartografia sobre os principais conceitos que norteiam a produção de cuidados nos Centros de Atenção Psicossocial. 'Cuidado', 'Território', 'Responsabilização' e 'Acolhimento' são apontados como os conceitos mais importantes que caracterizam a rede de serviços substitutivos, originária da ruptura com o modelo médico-assistencial psiquiátrico.

O último capítulo, 'Plantadores de sonhos: a Reforma Psiquiátrica é um processo civilizatório', contempla a dimensão sociocultural do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica e compreende questões relativas ao novo lugar social para o 'louco' por meio da transformação do imaginário social da loucura. O autor propõe fundamentar sua discussão abordando dois dispositivos: as ações culturais e artísticas produzidas pelos usuários dos serviços, familiares e profissionais e a 'utopia de mudar o mundo'. O processo civilizatório é aqui compreendido como a formação de valores que revelam a disposição para a convivência, para a tolerância com o que nos é diferente, para a aliança.

Portanto, *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira* constitui uma fonte de consulta para estudiosos da área e também para aqueles que pretendem conhecer um pouco mais sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo em vista que é um material de contribuição teórico-conceitual valorosa para a saúde mental coletiva no Brasil. Compreender a Reforma brasileira como processo civilizador implica transformar as mentalidades e os hábitos cotidianos, buscando construir uma ética de respeito à diferença.

Déborah Karollyne Ribeiro Ramos¹, Jacileide Guimarães²

¹ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
deborah_kr@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pela Universidade de São Paulo (USP); Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN; Membro do grupo de pesquisa Enfermagem nos serviços de saúde.
jaciguim@yahoo.com.br.

ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA NOSSAS PUBLICAÇÕES

Quem somos?

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma associação civil sem fins lucrativos, de âmbito nacional, que tem como eixo de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Tem como missão a luta pela compreensão da saúde coletiva como bem público propugnando um sistema de atenção à saúde baseado nos valores de solidariedade e garantia de direitos, na integralidade do cuidado e exigência de participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre saúde e sobre a política de saúde. Seu objetivo é contribuir para difusão da consciência sanitária e favorecimento da constituição de sujeitos políticos, aptos a disputar projetos voltados à conquista de uma sociedade mais justa.

O espaço de atuação do CEBES está demarcado pela produção e difusão de conhecimentos que se articulam a uma prática política concreta e a mobilização da sociedade pela transformação democrática das instituições e valores que perpetuam desigualdades injustas. Suas alianças estratégicas incluem os movimentos sociais e organizações da sociedade civil engajadas na ampliação da esfera pública no Brasil e na América Latina, atuando junto ao parlamento e às instituições governamentais.

O CEBES é um ator autônomo, plural e não partidário, que trabalha para forjar redes políticas que exerçam a crítica como instrumento de reflexão e ação, na defesa de uma ética pública que assegure o direito universal à saúde.

O CEBES forjou sua tradição de luta pela democracia desde sua fundação em 1976, tendo elaborado em 1978 o documento "A Questão Democrática na Saúde", que lançou as diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira e os princípios organizacionais do SUS. Essas proposições fundamentaram a inscrição na Constituição de 1988 do direito à saúde, como direito de cidadania.

O CEBES é composto por uma Diretoria Nacional e núcleos regionais e publica desde a sua fundação a revista Saúde em Debate. Por meio de suas publicações estabelece com seus associados e público em geral um amplo debate sobre as questões atuais da política de saúde, resgata a história da saúde coletiva e avança no conhecimento e na prática política em questões estratégicas dos grandes temas da conjuntura política nacional.

Who are we?

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) is a national non-profit civil association, and the center of its project is based on the struggle for democratization of health in society. Its mission is the fight for the understanding of collective health as a public estate, defending a system of attention to health based on the values of solidarity and security of rights, in the integrality of care and in the demand for active participation of citizens on the decisions about health and health policies. The aim is to contribute with the diffusion of sanitary conscience and to favour the constitution of political subjects who are able to dispute projects directed to the accomplishment of a fairer society.

CEBES actuation space is marked by the production and diffusion of knowledge that is articulated to a concrete political practice and to the mobilization of society for a democratic transformation of institutions and values that perpetuate unfair differences. Its strategic alliances include the social movements and the organizations of civil society that are committed to amplify the public scope in Brazil and in Latin America, acting with the parliament and the governmental institutions.

CEBES is an autonomous, plural and non-party actor, which works to form political networks that carry out criticism as an instrument of reflection and action in defense of public ethics to insure the universal right to health.

CEBES is developing its tradition of struggle for democracy since its foundation, in 1976, and elaborated, in 1978, the document A questão democrática na saúde (The democratic issue in health), which released the policies of the Brazilian Sanitary Reform and the organizational principles of National Health System (the so called SUS in Brazil). These propositions have established the registration, in the Constitution of 1988, of the right to health as a citizenship right.

CEBES is composed of a National Board and regional branches and publishes since its foundation the magazine "Saúde em Debate" (Health

in Debate). Through their publications, they establishes a broad debate, with their affiliates and the general public, on current issues of health policy, rescues the history of collective health and advances in knowledge and political practice on strategic questions about major themes of the national political environment.

¿Quiénes somos?

El Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) es una asociación civil sin fines de lucro, de ámbito nacional, que tiene como eje de proyecto la lucha por la democratización de la salud en la sociedad. Su misión es luchar por la comprensión de la salud colectiva como un bien público, defendiendo un sistema de atención a la salud basado en los valores de solidaridad y garantía de derechos, en la integridad del cuidado y en la exigencia de participación activa de los ciudadanos en las decisiones sobre la salud pública y la política de salud. El objetivo es contribuir con la disseminación de la conciencia sanitaria y favorecer la formación de sujetos políticos capaces de demandar proyectos vultuos a la conquista de una sociedad más justa.

El espacio de actuación del CEBES está delineado por la producción y difusión de conocimientos que se articulan a una práctica política concreta, y a la movilización de la sociedad por la transformación democrática de las instituciones y valores que perpetúan desigualdades injustas. Sus alianzas estratégicas incluyen los movimientos sociales y las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la ampliación de la esfera pública en Brasil y América Latina, actuando junto al parlamento y a las instituciones gubernamentales.

CEBES es un actor autónomo, plural y no partidario que trabaja para crear redes políticas las cuales ejerzan la crítica como un instrumento de reflexión y acción en la defensa de una ética pública que asegure el derecho universal a la salud.

viene creando su tradición de lucha por la democracia desde su fundación, en el año 1976, teniendo elaborado en 1978, el documento A questão democrática na saúde, que ha lanzado las directrices de la Reforma Sanitaria Brasileña y los principios organizacionales del Sistema Único de Salud (SUS). Esas proposiciones han fundamentado la inscripción, en la Constitución de 1988, del derecho a la salud como derecho de ciudadanía.

CEBES viene creando su tradición de lucha por la democracia desde su fundación, en el año 1976, teniendo elaborado en 1978, el documento A questão democrática na saúde, que ha lanzado las directrices de la Reforma Sanitaria Brasileña y los principios organizacionales del Sistema Único de Salud (SUS). Esas proposiciones han fundamentado la inscripción, en la Constitución de 1988, del derecho a la salud como derecho de ciudadanía.

CEBES se compone de una Junta Nacional y oficinas regionales y publica, desde su fundación, la revista "Saúde em Debate" (Salud en Debate). A través de sus publicaciones, establece un debate amplio, con sus afiliados y el público en general, sobre cuestiones actuales de política sanitaria, rescata la historia de salud colectiva y avanza en el conocimiento y en la práctica política en cuestiones estratégicas sobre los grandes temas de la coyuntura política nacional.

Valor da anuidade

Institucional: R\$ 180,00 | Profissional: R\$ 120,00 | Estudante: R\$ 60,00

Acesse nosso site , preencha seus dados e imprima seu boleto bancário: www.cebes.org.br

Endereço para correspondência:

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tels.: (21) 3882-9140 / 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br / www.saudeemdebate.org.br

cebes@cebes.org.br / revista@saudeemdebate.org.br



INSTRUÇÕES AOS AUTORES – SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) voltada para as Políticas Públicas na área da saúde. Publicada trimestralmente, desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o CEBES.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à aprovação de membros do Conselho *ad hoc*, selecionados para cada número da revista, que avaliam os artigos pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas permanecem sigilosos até a publicação do texto. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicações via site e e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.
2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o *abstract*.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

Seções da publicação

A revista está estruturada com as seguintes seções:

- Editorial
- Apresentação
- Artigos de Debate
- Artigos Temáticos
- Artigos de Tema Livre
- Artigos Internacionais
- Resenhas
- Depoimentos
- Documentos

Apresentação do texto

Sequência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (*abstract*) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres com espaço (aproximadamente 120 palavras), no qual fique clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos,

ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (*keywords*), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária¹.
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exemplo: 'porta de entrada'. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.
- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: "conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde..."
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos:

Livro

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Capítulo de livro

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Artigo de periódico

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

Material da internet

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE [internet]. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Submissão

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br, após realizar *login* fornecido junto da senha após o cadastro do autor responsável pela submissão. Todos os campos obrigatórios devem ser devidamente preenchidos. O artigo submetido e o arquivo enviado devem ser iguais, contendo as mesmas informações.

No corpo do texto não deve conter nenhuma informação que possibilite identificar os autores ou instituições. Todas as informações relacionadas aos autores devem constar apenas no arquivo submetido.

Os arquivos referentes a tabelas, gráficos e figuras devem ser submetidos separadamente do arquivo com o texto principal e não devem conter identificações sobre os autores.

O artigo deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível (salvar em formato .doc ou .docx), em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Os documentos solicitados (relacionados a seguir) deverão ser enviados via correio, devidamente assinados.

Declaração de autoria e de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento, ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo;

c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo, disponível em:
<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>

Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na página de rosto (folha de apresentação do artigo) será suficiente.

Ética em pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais) deverá ser encaminhado um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do CEBES é encaminhado ao Conselho Editorial para avaliação da pertinência temática e observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais. Depois, é verificado

pela secretaria editorial, para confirmação de adequação às normas da revista. Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de revisores *Ad-Hoc* (pareceristas) da revista. Os pareceristas serão escolhidos de acordo com o tema do artigo e sua *expertise*, priorizando-se conselheiros que não sejam do mesmo estado da federação que os autores. Os conselheiros têm prazo de 45 dias para emitir o parecer. Ao final do prazo, caso o parecer não tenha sido enviado, o consultor será procurado e será avaliada a oportunidade de encaminhamento a outro conselheiro. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aceito para publicação; aceito para publicação (com sugestões não impeditivas); reapresentar para nova avaliação após efetuadas as modificações sugeridas; recusado para publicação.

Caso a avaliação do parecerista solicite modificações, o parecer será enviado aos autores para correção do artigo, com prazo para retorno de sete dias. Ao retornar, o parecer volta a ser avaliado pelo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias.

Caso haja divergência de pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer). No caso de solicitação de alterações no artigo, poderá ser encaminhada em até três meses.

Ao fim desse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores, o artigo será considerado retirado.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em:
<http://www.saudeemdebate.org.br>

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INSTRUCTIONS TO AUTHORS – SAÚDE EM DEBATE

The journal *Saúde em Debate*, created in 1976, is a publication by *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) which is directed to the public policies of the health field. Published quarterly since 2010, that is, in March, June, September and December, the journal is distributed to all associates in regular situation with CEBES.

Unpublished articles structured as original articles, reviews of books of academic, politic and social meaning, as well as statements, are accepted.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted for publication.

Total or partial reproduction of the articles is allowed under the condition of indicating the source and the authorship.

The publication of the papers is conditioned to approval by members of the ad-hoc council, who are selected to each issue of the journal and assess the articles by the double-blind method, that is, the name of the authors and reviewers remain confidential till the paper is published. Eventual suggestions of structure or content modifications by the editors will be previously decided together with the authors via website or e-mail. Additions or modifications will not be accepted after the final approval for publication.

Types of texts accepted for publication

Original Articles

1. Research: articles that present final results of scientific research, presented in 10 to 15 pages. Articles resulting from research involving human beings must be sent with a copy of the form by the Ethics Committee of the institution.
2. Essays: articles presenting critical analyses on a specific theme of relevance for the assemblage of health policies in Brazil, presented in 10 to 15 pages.
3. Review: articles presenting literature critical comments on a specific theme, presented in 10 to 15 pages.
4. Experience report: articles describing academic, assistance and extension experiences, also presented in 10 to 15 pages.
5. Opinion: the authorship is exclusive to persons invited by the journal's scientific editor, also presented in 10 to 15 pages. In this modality, the abstract is not required.

Review

Review of books directed to the field of health public policies will be accepted according to the editorial board's criteria. The papers must present a view of the content of the book, as well as its theoretical principles and an idea of the public to which it is directed, being presented in up to three pages.

Documents and statements

Papers referring to historical or conjunctive themes will be accepted according to the editorial board's criteria.

Publication sections

The journal is structured in the following sections:

- Editorial
- Presentation
- Debate articles
- Thematic articles
- Free articles
- International articles
- Reviews
- Statements
- Documents

Text presentation

Sequence of text presentation

The papers may be written in Portuguese, Spanish or English.

Texts in Portuguese and Spanish must present the title in the original language and in English. Texts in English must present the title in English and in Portuguese.

The title, in turn, must express clearly and briefly the content of the paper.

The presentation page should present the complete name of the authors and, in the footnote, their professional information (institutional bond and titles), address, phone number and e-mail address for contact. This information is obligatory. When the article depicts the result of financed research, the financial source must be indicated, as well as the existence or not of conflict of interests during the production of the paper.

The manuscript must present an abstract in Portuguese and in English or Spanish with up to 700 characters with space (approximately 120 words), in which the

synthesis of the purposes, methods employed and main conclusions of the paper must be clear. In the end of the abstract, a minimum of three and maximum of five keywords should be included, using preferentially the terms presented in the structured vocabulary Health Science Descriptors (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. If the keywords related to the article's theme are not found, other terms or expressions of common knowledge in the field may be employed.

Next, the article itself is presented:

- a. the indication of footnotes in the body of the text must be superscript. For example: Sanitary Reform¹.
- b. as to words or passages emphasized to the author's discretion, simple quotation marks must be used. For example: 'entrance door'. Quotation marks will be used only for direct citations.
- c. charts, graphs and figures must be sent in high printing quality, in black and white or grayscale, separately from the text and correctly numbered and entitled, with indication of the value's units and respective sources. The number of charts and graphs should not exceed five per article. The files must be submitted one by one, that is, one file for each image, without information about the authors, being mentioned only the source of the graph, chart or figure. These elements must be sequentially numbered, being respected their order of appearance in the text.
- d. the authors mentioned in the body of the text must be written in small letters (only the first in capital letter), being observed the ABNT NBR 10520:2002 patterns (available in libraries). For example: "according to Aciole (2003) and Crevelim and Peduzzi (2005), it corresponds to the clients' participation in Health Councils..."
- e. the bibliographical references must be presented, in the text body, in parenthesis, being the name of the authors fully written in capital letters followed by the year of publication and, in case of direct citations, by the page number. For example: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

The references must be indicated in the end of the article, being observed the ABNT NBR 6023:2002 patterns, with some adaptations (abbreviate the author's first name). Examples:

Book

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Book chapter

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Periodical article

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

On-line material

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE [internet]. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Available from: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Cited on: Jun 9, 2010.

Submission

The articles must be submitted exclusively through the site: www.saudeemdebate.org.br, after logging in and indicating the password provided after the registration of the author who is responsible for the submission. All required fields must be correctly filled out. The file submitted and the file sent must be equal, containing the very same information.

The text body should not present any information that may allow the identification of the authors or institutions. Information related to the authors must be indicated only in the submitted file.

The files containing tables, graphs and figures must be submitted apart from the file containing the main text, and should not provide identification of the authors.

The article must be typed in Microsoft® Word or compatible software (save as .doc or .docx), in A4 page, Times New Roman typeface 12 pt and 1.5 line space.

The required documents (indicated next) should be sent by mail and properly signed.

Declaration of authorship and responsibility

According to the authorship criteria by the International Committee of Medical Journal Editors, the authors must observe the following conditions: a) contribute substantially to the conceiving and planning, or to the analysis and data interpretation; b) contribute significantly to the elaboration of rough copy or critical review of the content; c) participate in the approval of the manuscript's final ver-

sion. In order to do that, it is necessary that all authors and co-authors sign the Declaration of Authorship and Responsibility, in conformity with the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

Conflicts of interest

The papers submitted for publication should contain information about the existence or not of any kind of conflict of interests among the authors. Financial interests, for instance, are not only related to the direct financing of the research, but also to the employment relationship itself. If there is no conflict, the following information in the presentation page will do: "The authors declare that there are no conflicts of interests with regard to this article".

Research ethics

As to research initiated after January 1997 and involving human beings, in compliance with item II of the Resolution 196/96 of the National Health Council (research involving individually or collectively, directly or indirectly, totally or partially a human being, including the handling of information and material), a document of approval by the Research Ethics Committee of the institution where the study was carried out must be sent. In case of institutions that do not dispose of an Ethics Committee, an approval by other committee must be sent.

Flow of manuscripts submitted for publication

All manuscripts received by the CEBES bureau are conducted to the editorial board to assessment of thematic relevance and observation of the accomplishment of the manuscript submission general rules. Later on, the editorial bureau verifies the paper as to confirm its adequacy

to the journal's patterns. Once accepted for appreciation, the manuscripts are sent to two Ad-Hoc technical reviewers of the journal (peer-review). The reviewers are chosen accordingly to the theme of the article and his/her expertise, and priority is given to counselors that do not pertain to the same federation state as the authors. The counselors are given a 45-day deadline to issue their opinion. If the opinion is not issued at the end of the deadline, the counselor is contacted and the opportunity of sending the manuscript to other counselor is considered. The review form is available for consultation in the journal's website. The opinions always present the following conclusions: accepted for publication; accepted for publication (with non-hindering suggestions); resubmit for new assessment after accomplishing the suggested modifications; refused for publication.

If the reviewer's assessment requires modifications, the opinion will be sent to the authors, so they correct the manuscript within a seven-day deadline. When the manuscript is sent back, the opinion is reassessed by the reviewer within a 15-day deadline, which may be prorogated to another 15 days.

If there is divergence of opinions, the article is sent to a third counselor for decision (the editorial board may issue a third opinion to its discretion). If other alterations are requested, they may be sent in up to three months.

At the end of the deadline and not having any manifestations by the authors, it will be considered as a withdrawal.

The model of opinion used by the scientific board is available at: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Mailing address

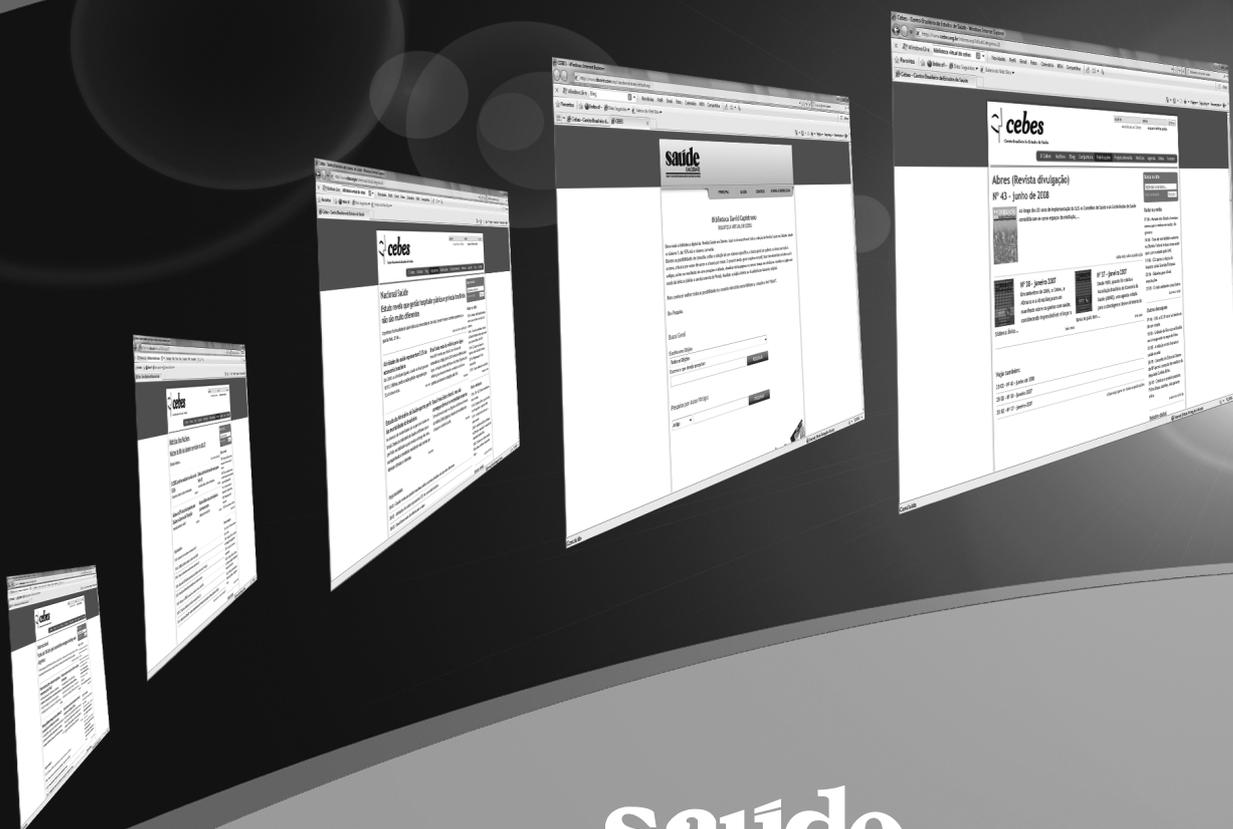
Avenida Brasil, 4036, room 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil
Phone: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

BIBLIOTECA VIRTUAL DO CEBES

O debate em saúde mais perto de você!



[http://www](http://www.cebes.org.br)



saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

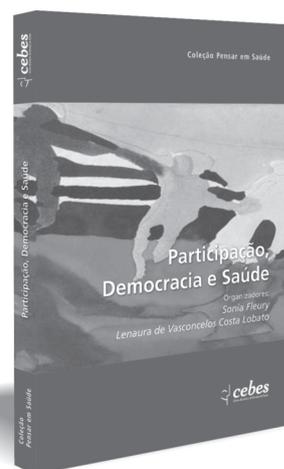
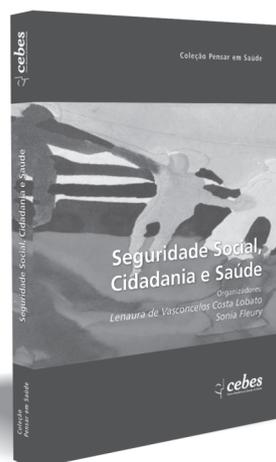
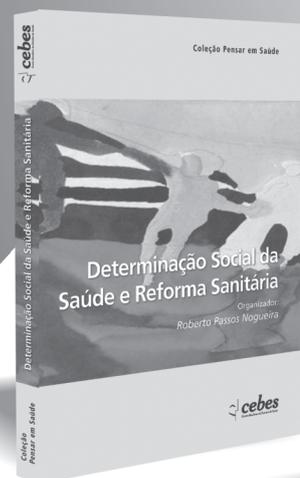
Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141, Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br

Coleção Pensar em Saúde, apenas clássicos.

Com esta coleção o Cebes inicia a série de livros voltados à atualização da agenda da reforma sanitária brasileira. Os livros trazem contribuições de renomados especialistas nos temas mais fundamentais da reforma sanitária: a questão democrática e a participação social, seguridade social, determinação social do processo saúde/enfermidade, gestão pública e relação público privado na saúde.



Lançamento



Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141, Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br



Formação em Cidadania Para a Saúde: Temas Fundamentais da Reforma Sanitária

O novo projeto do Cebes realizará cursos de formação em cidadania para a saúde em diversos Estados do Brasil. Informe-se com o Núcleo do Cebes de sua região ou em nossa página eletrônica.

Participe e divulgue!

APOIO

Ministério
da Saúde



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Associe-se ao Cebes:

www.cebes.org.br • cebes@cebes.org.br