



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 38, NÚMERO 101

RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2014



Doenças crônicas

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013-2015)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013-2015)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Isabela Soares Santos
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretora Adjunta de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Liz Duque Magno Maria Gabriela Monteiro Maria Lucia Frizon Rizzotto Paulo Henrique de Almeida Rodrigues Tiago Lopes Coelho
Diretores Ad-hoc:	Grazielle Custódio David Helena Rodrigues Corrêa Filho Lucia Regina Fiorentino Souto Pedro Paulo Freire Piani

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Aparecida Isabel Bressan
David Soeiro Barbosa
Yuri Zago Sousa Santana de Paula

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Albinear Plaza Pinto
Ary Carvalho de Miranda
Carlos Octávio Ocké Reis
Cornelis Johannes van Stralen
Eleonor Minho Conill
Gastão Wagner de Souza Campos
Iris da Conceição
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lígia Giovanella
Maria Edna Bezerra da Silva
Nelson Rodrigues dos Santos
Pedro Silveira Carneiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

Capa:

Cover:

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz,
Rio de Janeiro
Oswaldo Cruz Foundation - Fiocruz,
Rio de Janeiro

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)
Maria Lucia Frizon Rizzotto (PR)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Giovanni Berlinguer - Università La Sapienza, Roma, Itália
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Miguel Márquez - Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Havana, Cuba
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Scientific Electronic Library - SciELO
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Apoio

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 38, NÚMERO 101
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2014

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

192 **EDITORIAL** | EDITORIAL

ARTIGO ORIGINAL |
ORIGINAL ARTICLE

200 **Modelo preditivo ao abandono do tratamento da tuberculose**

Predictive model to the tuberculosis treatment abandonment

Eveline de Almeida Silva, Ulisses Umbelino dos Anjos, Jordana de Almeida Nogueira

210 **Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS?**

Who they are and how are cared of the patients hospitalized for diabetes mellitus in SUS?

Martha Maria Vieira de Salles Abreu Artilheiro, Selma Cristina Franco, Victor Cubas Schulz, Camila Carneiro Coelho

225 **Vulnerabilidades e subjetividades de pessoas com diagnóstico e tratamento de hepatite C**

Vulnerabilities and subjectivities of people with diagnosis and treatment of hepatitis C

Ângela Antônia Ferreira Kunrath, José Roque Junges, Laura Cecilia López

234 **Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG**

Educational intervention about leprosy in user population of basic health units in Uberaba-MG

Ana Jotta Moreira, Juliane Moreira Naves, Luciane Fernanda Rodrigues Martinho Fernandes, Shamyry Sullivan de Castro, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

244 **Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde**

Sexual and reproductive rights: perception of professionals engaged in the primary health care

Adriana Lemos

254 **Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes**

Perceptions and practices of community health agents about their work with teenagers

Delane Uchôa Amorim, Maria Veraci Oliveira Queiroz, Eysler Gonçalves Maia Brasil, Eyslane Gonçalves Maia

267 **Alterações corporais como fenômeno estético e identitário entre universitárias**

Body changes as aesthetic and identity phenomenon among female university students

Jairo Antônio da Paixão, Maria de Fátima Lopes

277 **Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto**

Sacred dance and quality of life in women mastectomy: a pilot study

Fernanda Sucasas Frison, Antonieta Keiko Kakuda Shimo, Mairany Gabriel

285 **"A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil**

"We learn": a matrix support in family health strategy in an integrated multidisciplinary residency program in an inner city of the state of Rio Grande do Sul, Brazil

Liara Saldanha Brites, Teresinha Heck Weiller, Daiane Silveira, Ana Paula Wilke Françaís, Fábio Mello da Rosa, Liane Beatriz Righi

296 **Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família**

Mental health in primary care: the networking and the matrix support to mental health in Family Health Strategy

Elaine Cristina da Silva Gazignato, Carlos Roberto de Castro e Silva

- 305** **Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário**
Analysis of satisfaction of users in a university hospital
 Sandra Marcia Soares Schmidt, Fernanda Maria Müller, Elisandra dos Santos, Paulo Sergio Ceretta, Valéria Garlet, Sabrina Schmitt
- 318** **A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas**
The understanding of ER nurses about the health-disease process in assisting drug users
 José Gilberto Prates, Paula Hayasi Pinho, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Heloisa Garcia Claro
- 328** **A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos**
The practice of the health education in the perception of the diabetic and hypertensive users
 Edmar Rocha Almeida, Cinara Botelho Moutinho, Maisa Tavares de Souza Leite
- ENSAIO | ESSAY**
- 338** **Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde**
Why patients do not adhere to treatment? Methods for health education
 Silier Andrade Cardoso Borges, Priscilla Nunes Porto
- 347** **Reconhecimento ético-moral dos direitos emancipatórios para os cidadãos sociais da saúde coletiva**
Ethical-moral recognition of emancipative rights for social citizens of collective health
 Antonio Luis Vicente Arreaza
- 359** **Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública**
Compulsory treatment and crack: a harmful service to public health
 Isabel Coelho, Maria Helena Barros de Oliveira
- REVISÃO | REVIEW**
- 368** **Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa**
Assessment procedures of mental health services: an integrative review
 Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Thais Yshida Cestari, Maria Odete Pereira, Paula Hayashi Pinho, Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves, Heloísa Garcia Claro
- 379** **Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno**
Crack consumption from the perspective of gender and vulnerability: a review on the phenomenon
 Fernanda de Souza Ramiro, Ricardo da Costa Padovani, Adriana Marcassa Tucci
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 393** **Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental**
Use of benzodiazepines and drug strategies in mental health
 Gabriela de Almeida Ricarte Correia, Ana Paula Soares Gondim
- 399** **A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva**
The everyday crisis of mental health services: the challenge of experiencing deviations and encouraging inventive power
 Aline Monteiro Garcia, Hellen de Castro Pena Costa

Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio

NO 26º ANIVERSÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), o Brasil enfrenta uma eleição decisiva tanto para nossa democracia como para a garantia do direito universal à saúde. Nesses 26 anos, o SUS vem enfrentando uma competição desigual com o sistema privado de saúde, que conta com subsídios fiscais, compra de serviços pelo Estado, além de amplo apoio social. A competição do setor privado ao SUS assumiu um novo caráter nos últimos anos, com espaço crescente sendo ocupado pela enganosa proposta da ‘cobertura universal de saúde’. Por trás dessa expressão aparentemente favorável ao direito de todos e aos serviços públicos de saúde se esconde a forma mais insidiosa de defesa dos interesses privados que enxergam a saúde como mero negócio. O momento eleitoral exige um debate profundo sobre a urgência da rejeição da ‘cobertura universal de saúde’ e um compromisso claro tanto com o aprofundamento do direito universal à saúde como com a melhora dos serviços públicos de saúde.

O direito universal à saúde é uma bandeira do movimento social brasileiro desde os anos 1970. O próprio Cebes nasceu dessas lutas, em julho de 1976. A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 constituiu um passo decisivo para o reconhecimento do direito de todos à saúde. Impulsionado pela pressão das ruas, o texto da Constituição Federal de 1988 consagrou a fórmula: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). A transição política, contudo, foi marcada por forte influência de setores conservadores, como o ‘Centrão’, que conseguiram manter aspectos de atraso nas instituições nacionais, inclusive em relação à saúde, que continuou “livre à iniciativa privada” (art. 199) como um negócio e não apenas como um direito. A permanência de um setor privado de saúde que está entre os maiores do mundo passou a constituir o maior entrave para a efetivação da universalidade.

Apesar da conjuntura política desfavorável e dos vetos impostos por Collor, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), aprovada em 1990, consagrou o direito universal à saúde como o primeiro princípio do SUS. Tal como a Constituição, entretanto, a LOS manteve, infelizmente, a liberdade para a exploração da saúde como um negócio: “a saúde é livre à iniciativa privada” (art. 21). Desde o início do SUS, portanto, a implantação do direito universal à saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorado seja na prestação de serviços ou por meio da venda de seguros privados e serviços de saúde. Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, mantidos até hoje. O chamado setor suplementar, composto por empresas de planos e seguros privados e de prestação de serviços de saúde, teve assegurada a continuidade da isenção de 100% do Imposto de Renda para seus clientes, incentivo fiscal que ganhara no Código Tributário de 1966, outorgado pela Ditadura Militar.

A disputa entre o direito universal à saúde e sua exploração como um negócio assumiu, há poucos anos, uma nova dimensão com o surgimento da proposta de ‘cobertura universal de saúde’ liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal proposta, apesar de utilizar a ideia da universalidade, visa a combater o conceito de direito universal à saúde para fortalecer o papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde. A proposta vem ganhando espaço desde 2005, quando a Assembleia da OMS aprovou a resolução 58.33 – “financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social

de saúde”. A resolução parte do pressuposto que há diferentes fontes de financiamento nos sistemas de saúde, com os riscos financeiros a eles inerentes, o que justificaria a necessidade de sua proteção por meio da maior participação dos capitais privados. As ideias de risco e de proteção ao mesmo, contidas no documento da OMS, constituem o núcleo central do setor de seguros privados, ramo específico do mercado financeiro que movimenta fortunas com a venda de cobertura ou proteção contra diversos riscos para o mercado.

A fórmula da ‘cobertura universal de saúde’ aparece de forma mais crua no documento publicado pela Fundação Rockefeller “Mercados futuros de saúde: uma declaração da reunião em Bellagio”. Esse documento resultou de encontro promovido pela Fundação, em 2012, defendendo abertamente que uma parcela crescente da população de diversos países está disposta a pagar por serviços de saúde e que poderosos atores do mercado se propõem a investir para que países de renda média e baixa adotem sistemas de saúde baseados na lógica do seguro. No mesmo ano do encontro em Bellagio, a Assembleia das Nações Unidas aprovou, em sua 67ª sessão, uma resolução favorável à ‘cobertura universal de saúde’, com o voto favorável do Brasil. Nesse momento, o Cebes, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde e a Abrasco, está empenhado na reversão do voto brasileiro nas Nações Unidas em função do risco que essa posição representa ao direito de todos à saúde. Uma vitória da ideia da ‘cobertura universal da saúde’ ou da saúde como negócio significa a redução do direito à saúde.

Em 2013, mais de 49 milhões de brasileiros tinham seguros privados de saúde e o gasto privado em saúde equivalia a 53% de todo o gasto do País com saúde. Esse setor faturou em 2012, segundo o *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), R\$ 95.417 bilhões, 12,7% mais do que em 2011 (R\$ 84.657 bilhões). Para se ter um termo de comparação com o gasto público, as despesas do Ministério da Saúde em 2011 foram de R\$ 62.621 bilhões em 2011, i.e., R\$ 22.036 bilhões a menos. Trata-se de um setor com forte poder econômico e financeiro, que gasta bilhões de reais ao ano em publicidade, o que certamente contribui para o resultado de pesquisa recente, que mostrou que 90% dos brasileiros queriam planos privados de saúde, colocando esse ‘benefício’ em primeiro lugar na lista de desejos da população.

Tal poder de atração do mercado de seguros privados de saúde contribuiu para que a maior parte das representações sindicais no Brasil tenha sido atraída pelos seguros privados de saúde e se afastado da saúde pública. Pelo menos desde os anos 1970, os sindicatos de trabalhadores vêm lutando por um acesso mais amplo ao setor privado em suas negociações coletivas com os sindicatos patronais. Embora lute pelo acesso a planos privados de saúde, a grande maioria dos trabalhadores não tem acesso a eles ao se aposentar, simplesmente porque não podem arcar com o forte aumento dos preços para as faixas etárias mais elevadas. Os trabalhadores têm acesso aos planos privados de saúde na idade adulta, quando precisam menos dele, e dificuldade de acesso ao ficarem idosos, exatamente quando mais precisam deles. Essa situação corresponde a um verdadeiro estelionato praticado pelo mercado privado em relação aos trabalhadores, por isso precisa ser fortemente denunciada.

Nos últimos dez anos, vem crescendo muito a gestão privada de serviços públicos de saúde por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou por Organizações Sociais (OS). Tais organizações vêm sendo crescentemente responsáveis pela gestão de hospitais, centros de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades de saúde da família. Possivelmente, a maior delas é a Associação Paulista pelo Desenvolvimento da Medicina (SPDM-Saúde), que atua em seis estados, tem cerca de 40 mil trabalhadores, todos com direito à plano de saúde privado, e é inteiramente custeada por recursos decorrentes de contratos com o setor público. Entidades como essa, além de dependerem de recursos públicos e contribuírem para fortalecer o mercado de seguros privados de saúde ao concederem planos

de saúde a seus empregados, vêm contribuindo para a introdução, nas unidades públicas de saúde que gerenciam, de um conjunto de técnicas e valores típicos do mercado privado, de benefício duvidoso para o serviço público.

Desde sua criação, o SUS contou com um nível insuficiente de financiamento, situação que é agravada pela perda de recursos que o Sistema sofre em benefício do setor privado. A renúncia fiscal relativa à isenção do imposto de renda dos gastos com planos e serviços privados de saúde foi mantida na legislação recente e continua a beneficiar o setor privado e a prejudicar a saúde pública. Estudo do IPEA mostra que, em 2011, essa renúncia fiscal foi de R\$ 15.807 bilhões, o que equivale a 22,5% de todo o gasto federal em saúde. Outra forma de perda de recursos do SUS em benefício do setor privado é o fornecimento pelo Estado de planos e seguros de saúde para os funcionários públicos e seus dependentes. Também em 2011, os gastos do governo federal com planos privados de saúde para os servidores públicos representaram 5% do valor total do orçamento do Ministério da Saúde. Tal prática, que também existe em muitos governos estaduais e municipais, não só reduz as despesas com a saúde pública como transmite para os funcionários públicos a mensagem clara de desconfiança para com os serviços do SUS, e outra mensagem para a população em geral, discriminada e relegada a serviços de pior qualidade.

Nessas eleições, o Cebes conclama toda a população brasileira e os candidatos a cargos políticos na eleições de 2014 a repudiar: (1) a proposta enganosa e mal intencionada de 'cobertura universal da saúde'; (2) o voto do Brasil favorável a tal proposta na sua 67ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2012; (3) a continuidade da isenção no imposto de renda dos gastos das pessoas e empresas com planos de saúde privados; (4) a prática dos governos federal, estaduais e municipais de fornecer aos funcionários públicos e seus dependentes planos privados de saúde; (5) assim como a contratação de entidades privadas para a gestão de serviços públicos de saúde, responsáveis pela introdução da lógica privada em detrimento dos interesses públicos nesses serviços. O Cebes conclama toda a população e os candidatos a cargos políticos na eleições de 2014 a lutarem a favor do: (1) aumento das despesas públicas com saúde da União para um mínimo de 10% do orçamento federal; (2) fortalecimento da rede pública do SUS e da capacidade de gestão do Estado sobre os serviços públicos de saúde.

Diretoria Nacional do Cebes

For the universal right to health: health is a right and not a business

ON THE 26TH ANNIVERSARY OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS), Brazil faces a crucial election also for our democracy as for the assurance of the universal right to health. In these 26 years, *SUS* has been facing an uneven competition with the private health system, which benefits from tax subsidies, purchase of services by the State, and broad social support. The private sector competition in relation to *SUS* has taken on a new character in recent years, with a growing space being occupied by the misleading proposal of ‘universal health coverage’. Behind this expression apparently favorable to the right of all and to public health services is hidden the most insidious form of private interest defense that sees health as mere business. This period prior to elections demands a deep debate on the urgency of the ‘universal health coverage’ rejection and a clear commitment also to the deepening of the universal right to health as to the improvement of public health services.

Universal right to health is a flag to the Brazilian social movement since the 1970s. *Cebes*, itself, was born from these struggles in July 1976. The 8th National Conference on Health held in 1986 was a landmark in the recognition of the right of all persons to health. Driven by the pressure coming from the streets, the 1988 Federal Constitution established the formula: “Health is a right of all persons and a duty of the State” (art. 196). The political transition, however, was characterized by the strong influence of conservative sectors, such as ‘*Centrão*’ (political parties with no color, between the left and the right), which managed to keep national institutions behind the progress pace, including health, which continued ‘freed to private initiative’ (art. 199) as a business and not only as a right. The permanence of a health private sector considered one of the largest ones in the world became the biggest obstacle to the universality completion.

Despite the unfavorable political context and the vetoes of President Collor, Health Organic Law (*LOS*), passed in 1990, enshrining the universal right to health as *SUS* first principle. However, as did the Constitution, *LOS* unfortunately preserved the freedom to operate health as a business: ‘health is freed to private initiative’ (art. 21). Therefore, since *SUS* creation, the implementing of the universal right to health has ever had to live together and compete with private market interests, which sees health as a business to be explored also in the provision of services as through the sale of private insurance and health services. All forms adopted by the private sector to negotiate health in Brazil historically benefited from public policies and resources, condition that remains until today. The so-called complementary sector, composed of companies selling health plans, private insurance and health services, had ensured the maintenance of a 100% tax waiver for its customers, a tax incentive ensured by the 1966 Tax Code and bestowed by the Military Dictatorship.

The dispute between the universal right to health and its exploration as a business achieved few years ago a new dimension with the emergence of the ‘universal health coverage’ proposal led by the Rockefeller Foundation and the World Health Organization (WHO). The proposal, in spite of using the idea of universality, aims to tackle the concept of universal right to health so to strengthen the role of the private sector in the provision of health insurances and services. Such proposal has been strengthened since 2005, when WHO Assembly approved resolution 58.33 –

“sustainable health financing: universal coverage and social health insurance”. The resolution assumes that there are different sources of financing health systems, followed by their inherent financial risks, what would justify their need for protection through larger participation of private capital. These financing ideas of risk and protection contained in WHO document constitute the core of the private insurance sector, specific financial market segment that moves a fortune by selling coverage or protection to a number of risks to the market.

The ‘universal health coverage’ formula appears through its crudest form in the document published by the Rockefeller Foundation “Future Health Markets: a meeting statement from Bellagio”. This document resulted from a meeting carried out by the Foundation in 2012 and openly advocates that an increasing portion of the population of various countries is willing to pay for health services, and that powerful market actors are available to invest in so that middle and low income countries adopt health systems based on the insurance logic. In the same year of the Bellagio meeting, the United Nations Assembly approved in their 67th session a resolution pro ‘universal health coverage’, and Brazil voted for it. Currently, *Cebes*, the National Health Council and *Abrasco* are committed with the reversal of this Brazilian vote in the United Nations due to the risk that this position represents to the right of all persons to health. A victory of the idea of ‘universal health coverage’ or of health as a business means the shortening of the right to health.

In 2013, more than 49 million Brazilians paid for health private insurance, making private expenditure on health equivalent to 53% of all the Country’ expenditure with health. This sector earned R\$5,417 billion in 2012, according to the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (*ANS*) site, equivalent to 12.7% more than in year 2011 (R\$ 84,657 billion (*ANS*)). Only for comparison terms, the Ministry of Health total expenditure in 2011 was R\$62,621 billion, i.e., less R\$22,036 billion. It is a sector with strong economic and financial power, which spends billions of dollars a year in advertising that certainly contributed to the result of a recent research revealing that 90% of Brazilians wished private health plans, prioritizing this ‘benefit’ in the wish list of the population.

Such attraction power exercised by the private health insurance market contributed to that major part of trade unions representativeness in Brazil be attracted by private health insurances and clear from public health. At least since the mid-1970, labor unions have been fighting for a broaden access to the private sector in its collective bargaining with employers’ unions. Although fighting for access to private health plans, the vast majority of workers do not have access to them after retiring simply because they can’t afford the sharp increase in prices for aged people. Workers have access to private health plans in adulthood, when they need less, and face difficulties of access exactly when they are elderly and need it most. This situation corresponds to a real swindle operated by the private market towards employees, the reason why it needs to be strongly denounced.

For the last ten years, there has been a substantial growth in private management of public health services by Civil Society Organizations of Public Interest (*OSCIP*) or by Social Organizations (*OS*). Such organizations have been increasingly responsible for the management of hospitals, health centers, Urgency Units (*UPA*) and family health units. Possibly the major one is São Paulo Association for the Development of Medicine (*Associação Paulista pelo Desenvolvimento da Medicina; PMDS-Saúde*), which operates in six States and employs about 40 thousand workers, all of them entitled to private health plan. It is entirely funded by resources arising from contracts with the public sector. Entities such as this one, in addition to depending on public funds and contributing to strengthen the private health insurance market when providing health plans to their employees, have also contributed for the insertion into the

public health units they manage of a set of techniques and typical values applied by the private market and of dubious benefit to public service.

Since its creation, *SUS* has always faced insufficient funding, a situation that is aggravated by the loss of resources suffered by the system for the benefit of the private sector. Tax waiver related to tax exemption on plans and private health services expenditures was maintained in recent legislation, and continues to benefit the private sector and to undermine public health. An IPEA study shows that in 2011 waiver amounted to R\$15,807 billion, equivalent to 22.5% of the federal expenditure on health. Another form of *SUS* loss of resources in favor of the private sector is the State provision of health insurance plans for public employees and their relatives. Also in 2011, federal government expenditures with private health plans for public employees accounted for 5% of the Ministry of Health budget. Such practice, also implemented in many State and local governments, not only reduces expenditure on public health as transmits to public employees the clear message of distrust towards *SUS* services, and another message to the population in general, discriminated and relegated to worse quality services.

For the 2014 elections, *Cebes* urges the whole Brazilian population and the candidates for political office to repudiate: (1) the misleading and malicious proposal of ‘universal health coverage’; (2) Brazil’s vote in favor of such proposal at the 67th session of the United Nations General Assembly in 2012; (3) the maintenance of the tax waiver on the expenditure of persons and companies on private health plans; (4) the practice of federal, states and municipal governments of providing private health plans to public employees and their relatives; (5) as well as the hiring of private entities for the management of public health services due to their responsibility for the insertion of a private logic to the detriment of public interests in these services. *Cebes* urges the entire population and the candidates for political office in the 2014 elections to fight for: (1) the Brazilian government increasing in health expenditures to a minimum of 10% of the federal budget; (2) the strengthening of *SUS* public network and of the State capacity of managing public health services.

Cebes National Board

Modelo preditivo ao abandono do tratamento da tuberculose

Predictive model to the tuberculosis treatment abandonment

Eveline de Almeida Silva¹, Ulisses Umbelino dos Anjos², Jordana de Almeida Nogueira³

RESUMO: Objetivou-se construir um modelo preditivo tomando como variáveis explicativas as características dos indivíduos com tuberculose para definir o tratamento mais adequado. Pesquisa do tipo observacional descritiva, de abordagem quantitativa. A população alvo (n=1925) foi retirada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de João Pessoa- PB, entre 2001 e 2008. No modelo final a razão de chances (OR) das variáveis para o risco ao abandono foram: escolaridade em ensino médio (OR=1,56) e em ensino superior (OR=42,99), cor (OR=2,29) e reingresso após abandono (OR=2,71). A tomada de decisão deverá ser direcionada ao modelo de melhor adequação para se identificar os indivíduos passíveis de abandonar o tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Tuberculose; Modelos logísticos.

ABSTRACT: *This study aimed to build a predictive model taking as explanatory variables the characteristics of individuals with tuberculosis so to define the most appropriate treatment. A descriptive observational research of quantitative approach was applied. The target population (n=1925) was collected from the Reportable Diseases Information System of João Pessoa-PB, Brazil, between 2001 and 2008. In the final model odds ratio (OR) the following quitting treatment risk variables were considered: education in high school (OR=1.56) and in college (OR=42.99), race (OR=2.29) and re-entry after quitting (OR=2.71). The decision-making process should be directed to the best fit model in order to identify likely-to-quit-treatment individuals.*

KEYWORDS: *Epidemiology; Tuberculosis; Logistic models.*

¹Doutoranda em Modelos de Decisão em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. eveline_fisio@hotmail.com.br

²Doutor em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. ulissesanhos@gmail.com

³Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. jalnogueira31@gmail.com

Introdução

A tuberculose (TB) é um agravo associado às condições de miséria e a cuidados inadequados de saúde, apresentando incremento nos indicadores de morbidade e mortalidade em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento onde essas condições são desfavoráveis (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). Caso não haja melhoria no seu controle, no período que compreende os anos de 2000 e 2020, cerca de um bilhão de pessoas serão infectadas pelo bacilo de *Koch*, 200 milhões adoecerão e 35 milhões poderão ir a óbito. (WHO, 2010)

O Brasil ocupa o 19º lugar no ranking dos 22 países que concentram 80% dos casos de TB e o 14º lugar quando se trata de casos com baciloscopia positiva, sendo responsável por 31% de todos os casos de TB na região da América Latina (WHO, 2010). Em 2010, foram notificados 71 mil casos novos da doença, com incidência de 37,9 casos por 100.000 habitantes e prevalência de 50 casos por 100.000 habitantes. O percentual de cura alcançou 77% e a taxa de abandono foi de 9%. A TB foi, ainda, a terceira causa de mortalidade por doenças infecciosas, com 4,8 mil óbitos por ano (BRASIL, 2009).

O Estado da Paraíba notificou, em 2010, 1.065 casos novos de TB, apresentando uma taxa de incidência de 28,3/100.000 habitantes, com percentual de coinfeção com HIV de 7,2%. Nota-se que, nos últimos 10 anos, a taxa de incidência vem apresentando tendência de queda, assemelhando-se aos dados nacionais. Quanto à taxa de mortalidade, em 2009, o Estado apresentou 2,1/100.000 habitantes. No mesmo período, avaliando o encerramento dos casos, obteve-se 63,4% de cura e 8% de abandono entre os casos novos de TB. Em João Pessoa, capital do Estado, no ano de 2009, houve 399 casos novos da doença, com 56% de cura e 8,5% de abandono, divergindo das metas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que é atingir um percentual de cura superior a 85% dos casos detectados e reduzir o de abandono a menos de 5% dos casos (PARAÍBA, 2010).

Há evidências de que a permanência da TB no território nacional reflete o estágio de desenvolvimento social do País, cujos determinantes da pobreza, a fragilidade das organizações dos serviços de saúde e as deficiências quanti-qualitativas da gestão limitam as ações de controle da TB.

Embora venha sendo intensificada a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento para as unidades de atenção básica, observa-se que fragilidades na produção do cuidado ao doente de TB têm contribuído para a ocorrência da interrupção do tratamento. O abandono do tratamento da TB e a terapia irregular repercutem na persistência da morbidade e mortalidade, favorecem a resistência medicamentosa e constituem fator de impacto negativo no controle da doença (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; SOUZA, 2008).

Experiências em nível nacional e internacional mostram redução nas incidências de abandono com a estruturação da modalidade supervisionada para o tratamento. A vantagem do tratamento diretamente observado assenta-se na prerrogativa do cuidado continuado, potencialmente capaz de assegurar a adesão e momento oportuno para fortalecer a comunicação, estabelecer vínculo, compartilhar saberes e angústias, problemas e necessidades e esclarecer dúvidas, permitindo, dessa forma, a ampliação do foco terapêutico para além do diagnóstico médico (QUEIROZ ET AL., 2012; TERRA, BERTOLOZZI, 2008). Caracteriza-se, portanto, como uma ação que vai além da vigilância isolada da tomada das medicações. Por sua vez, na modalidade terapêutica auto administrada, o abandono se torna aparente somente quando o paciente se ausenta dos retornos médicos e falha em retirar as medicações (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005).

Ainda que venha sendo recomendada a adoção da modalidade supervisionada para todos os casos diagnosticados, nem sempre os serviços dispõem de recursos humanos e estruturais suficientes para atender toda a demanda. Nessa circunstância, sugere-se que, prioritariamente, sejam selecionados

os doentes bacilíferos; etilistas; casos de re-tratamento após abandono; moradores em situação de rua; doentes apenados e institucionalizados (de longa permanência e psiquiátricos) (BRASIL, 2009).

Contudo, estudos apontam que, comumente, outros fatores podem estar associados ao abandono do tratamento, influenciados por características peculiares aos doentes - idade, sexo, cor, ocupação, estado civil, renda, escolaridade, entendimento do processo saúde-doença, comportamentos, crenças e valores; e relacionados aos serviços de saúde - pouca valorização do contexto sociocultural do doente para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singularizados, debilidade do vínculo com os profissionais de saúde e pouca produção de acolhimento (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005).

Se, por um lado, já são conhecidas as características próprias dos serviços de saúde que propiciam o abandono, ainda é incipiente o emprego de modelos de predição com a perspectiva de aprimorar a abordagem do paciente que apresenta elevado risco de abandono. É presumível que o reconhecimento de pacientes com elevado risco de abandono do tratamento, pelo uso de modelos de predição, possa beneficiar o manejo mais adequado desses indivíduos.

Portanto, considerando-se que o conhecimento da dinâmica relacionada ao abandono seja imprescindível para o efetivo controle da tuberculose. Este estudo objetivou construir um modelo preditivo tomando como variáveis explicativas as características sociodemográficas dos indivíduos com tuberculose para definir o tratamento mais adequado - se o supervisionado ou o auto administrado.

Método

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com base nos registros de casos de tuberculose notificados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(SINAN) referente ao município de João Pessoa-PB, no período compreendido entre janeiro de 2001 e dezembro de 2008.

Inicialmente, fez-se um refinamento dos dados identificando erros e inconsistências existentes: campos não preenchidos ou sem informação e duplicidade de notificações. Do total de 5.164 observações, excluíram-se os registros duplicados e *missings values*, obtendo-se 4.763 registros. Realizou-se pré-processamento para escolha das variáveis a serem utilizadas no estudo: sexo, idade, cor, escolaridade, tipo de entrada, tipo de tratamento e situação de encerramento. Os 4.763 registros continham como categorias de situação de encerramento: cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, transferência, mudança de diagnóstico, e TB multirresistente.

A variável de interesse 'situação de encerramento' foi reclassificada em cura e abandono, totalizando 2.548 registros. Considerando a intenção do estudo, de propor uma modalidade terapêutica - supervisionado ou auto administrado -, optou-se pela exclusão da variável 'tipo de tratamento', resultando em uma população de 1.925 casos.

Para obtenção e adequação do modelo preditivo, realizou-se análise estatística inferencial por meio da regressão logística binária com nível de significância de 5%, i.e, a um p-valor inferior a 5% rejeita-se a hipótese de independência. Para o modelo de regressão logística, assumiram-se dois possíveis valores, 'y=0' quando o indivíduo teve a cura como situação de encerramento, e 'y=1' quando o indivíduo abandonou o tratamento.

No modelo de regressão logística binária, todas as variáveis disponíveis são incluídas ou apenas um subconjunto delas. Após a primeira etapa, o segundo passo foi o ajuste do modelo, para o que, dentre os procedimentos existentes, optou-se pelo método *Backward*, pelo qual, mediante a não eliminação de variáveis durante as etapas, o processo é interrompido e as variáveis restantes definem o modelo final.

Por fim, no ajuste do modelo de regressão

logística, deu-se a calibração mediante a formação da matriz de confusão e o gráfico ROC (*Receiver Operating Characteristic*) (PAGANO; GAUVREAU, 2008).

O interesse está no acerto verdadeiro positivo, que será o sucesso da resposta à pesquisa, ou seja, no fato de o resultado predizer que o indivíduo é passível de abandonar o tratamento e realmente ocorrer o abandono do tratamento.

Para obtenção dos resultados deste estudo, utilizou-se o *software* R versão 2.11.1 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2009).

Inicialmente, ajustou-se um modelo com todas as variáveis incluídas e, a partir daí, utilizou-se o procedimento *stepwise* para seleção das variáveis importantes para o modelo, por meio da remoção das variáveis não significativas, obtendo-se, ao final, um modelo que explicasse a variável situação de encerramento.

Aplicou-se o modelo logístico utilizando as seguintes variáveis explicativas: idade, sexo, cor, tipo de entrada, escolaridade. Observe-se que, no último passo apenas, as variáveis com pelo menos um fator significativo (p-valor < 0,05) foram mantidas no modelo.

Com base na Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP/HULW) n.o 498/10, Folha de rosto n° 368778, da Universidade Federal da Paraíba em 28/09/2010.

Resultados

A *tabela 1* contém a *odds ratio* do modelo ajustado, exibindo as variáveis significativas selecionadas a partir do modelo de regressão logística e explicitando os coeficientes, p-valores, *odds-ratio* e intervalo de confiança.

A qualidade do ajuste da regressão logística é avaliada pela função desvio, também chamada de *deviance*, que apresentou o valor de 1.417,2, 1920 graus de liberdade, p-valor maior que 0,999, chegando, assim, a um bom ajuste.

Observa-se que os indivíduos com escolaridade em nível de ensino médio apresentaram 1,56 mais chances de abandonar o tratamento, e aqueles com ensino superior, 42,99 vezes mais chances de abandono. Indivíduos de outras cores, por sua vez, apresentaram 2,29 vezes mais chances de abandonar o tratamento que os brancos e pardos. Com relação ao tipo de entrada, indivíduos que reingressaram após abandono tiveram 2,71 vezes mais chances de abandonar do que os casos novos e recidivos.

A *figura 1* apresenta a curva ROC, produzida pelo modelo de regressão logística ajustado. Após análise gráfica da curva ROC, o modelo pode ser considerado conservador, pois está próximo ao canto esquerdo inferior da figura e apresenta área sob a curva ROC igual a 0,722, significando que o ajuste encontra-se na zona razoável.

Na *tabela 2*, construiu-se uma matriz de contingência de acordo com o critério de

Tabela 1. Variáveis significantes do modelo ajustado

Variável	COEF	P-VALOR	ODDS	IC ODDS (95%)
Ensino médio	0,4446648	0,0122	1,56	[1,10; 2,20]
Ensino superior	3,7610777	2e-16	42,99	[26,41; 69,98]
Outras cores	0,8270447	9,79e-05	2,29	[1,50; 3,46]
Reingresso	0,9956312	8,42e-05	2,71	[1,64; 4,44]

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Tabela de adequação do modelo: Índice de Youden

		Observado			
		0	1	Total	
Predito	0	1395	170	1565	VPN= 0,8914
	1	191	169	360	VPP= 0,4694
	Total	1586	339	1925	
		e= 0,8796	s= 0,4985		

Fonte: Elaboração própria

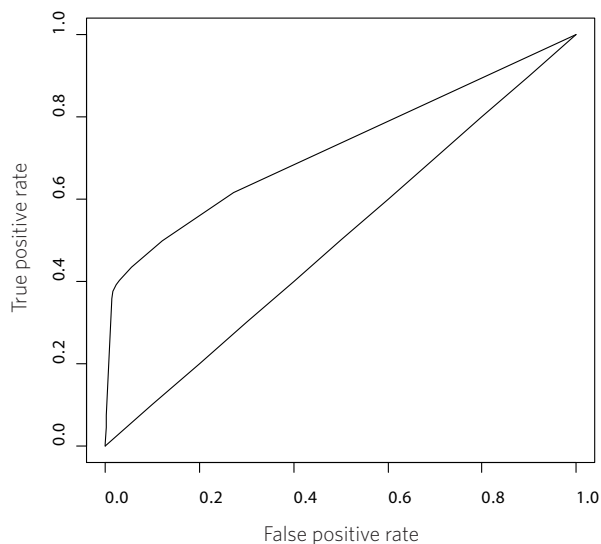
Youden. Para tanto, adotou-se como ponto de corte a coordenada 0,20104 determinado pelo critério de Youden. Assim, para cada ponto de corte, somando-se sensibilidade e especificidade, foi possível localizar o ponto de máximo na coordenada (0,201040, 1,378096). Para esse ponto de corte, verificou-se uma especificidade de quase o dobro da sensibilidade.

Na *tabela 3*, outro ponto de corte foi determinado pelo critério da mínima distância. Logo, a coordenada 0,1465228 foi adotada segundo o critério da mínima distância ao

ponto (0,1). O ponto de corte de mínimo ficou determinado na coordenada (0,1465228, 0,2717528). Nesse ponto, verificou-se especificidade ligeiramente superior à sensibilidade.

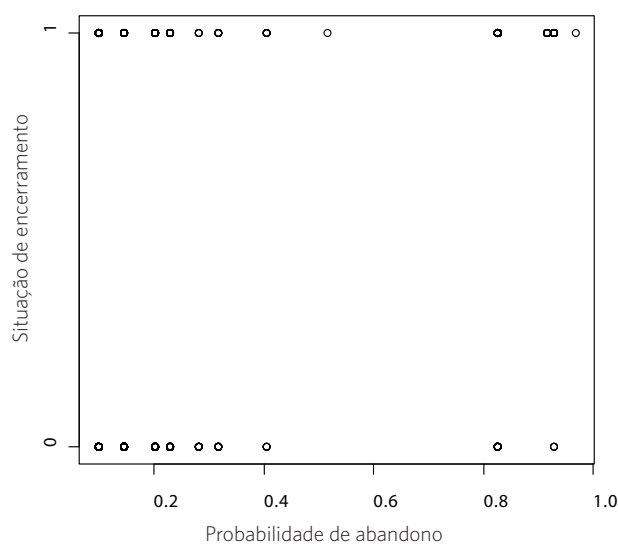
A *figura 2* permite visualizar a situação de encerramento, dicotomizada em cura=0 e abandono=1, e os pontos referentes às probabilidades existentes no estudo. Ao final do ajuste do modelo, encontraram-se as seguintes variáveis predictoras do abandono: escolaridade (ensino médio e ensino superior), cores (outras) e tipo de entrada (reingresso

Figura 1. Curva ROC do modelo ajustado



Fonte: Elaboração própria

Figura 2. Apresentação gráfica das probabilidades de abandono



Fonte: Elaboração própria

Tabela 3. Tabela de adequação do modelo: critério do mínimo

		Observado			
		0	1	Total	
Predito	0	1155	130	1285	VPN= 0,8988
	1	431	209	640	VPP= 0,3266
	Total	1586	339	1925	
		e= 0,7282	s= 0,6165		

Fonte: Elaboração própria

após abandono). Com esses resultados, doze combinações foram possíveis, de forma a que cada ponto do gráfico reflita vários elementos da população alvo.

Ao se traçar visualmente linha imaginária no ponto de corte mencionado, calculado mediante critério de Youden (ponto de corte: 0,20104), nota-se que os pontos na categoria '1' se dividem por igual, ou seja, o modelo está ajustado para detectar quase 50% dos indivíduos que devem ser indicados ao tratamento supervisionado. Um modelo de adequação com ponto ótimo seria aquele que todos os pontos referentes à categoria '1' estivessem após o ponto de corte e que todos os pontos na categoria '0' se encontrassem antes do ponto de corte, validando, dessa forma, o conceito de um ajuste perfeito, ou seja, predizendo todos que deveriam ou não fazer o tratamento supervisionado.

Dessa forma, vê-se que o deslocamento do ponto de corte poderia elevar o custo desnecessariamente, uma vez que o tratamento supervisionado seria indicado a indivíduos de modalidade desnecessária.

Discussão

O método de análise de regressão logística binária objetivou correlacionar as variáveis, a partir da interação de cada uma com a variável situação de encerramento, sendo considerado preditivo o ajuste final.

O uso desses modelos preditivos para auxílio nos problemas na área de saúde já foram descritos para diagnóstico e avaliação prognóstica de enfermidades, sendo gerados com o intuito de decidir sobre intervenções e orientações de medidas diagnósticas (MELLO, 2001).

Pesquisa realizada na cidade de São Paulo por Perrechi e Ribeiro (2009) mostrou associação positiva entre internação por TB e retratamento de TB (OR=2,66) corroborando os achados deste estudo, onde indivíduos com reingresso após abandono (OR=2,71) tiveram 2,71 vezes mais chances de reincidência de abandono ao tratamento.

Estudo utilizando o método de análise multivariada, em seu modelo final ajustado, mostrou que permaneceram as seguintes variáveis significativas com o desfecho: hábito de ingerir bebida alcoólica, teste anti-HIV positivo, retratamento para tuberculose e resistência antimicrobiana a duas os mais drogas (ALBUQUERQUE ET AL., 2001). Nesta pesquisa, há convergência com a variável retratamento para tuberculose, aqui denominada como reingresso após abandono. As demais variáveis não foram incluídas pela indisponibilidade de informações na base do SINAN.

Os doentes inseridos na categoria de retratamento ou reingresso ao tratamento após o abandono estão sujeitos a maior risco de resistência bacteriana no reingresso durante a continuação do tratamento ou, mais tarde, por recidiva (OLIVEIRA; MOREIRA FILHO, 2000).

Estudo caso controle envolvendo 50 participantes na cidade de Belo Horizonte-MG, com o objetivo de comparar pacientes que abandonaram o tratamento com aqueles que evoluíram para a cura, mostrou que não houve diferença quanto ao gênero, cor, escolaridade, renda, ocupação, apoio familiar, associação com AIDS e etilismo. O uso de drogas (OR: 6,11, IC: 1,38-6,81), interesse em se tratar (OR: 0,22, IC: 0,02-0,69) e informação sobre a doença (OR: 0,05, IC: 0,00-0,30), mostraram-se independentes do abandono. O cálculo de poder estatístico das variáveis não significativas, mas de relevância epidemiológica, indicou que a ausência de associação com outras variáveis pode ter ocorrido devido ao tamanho amostral, à exemplo da escolaridade, que não se constituiu fator de risco para o abandono do tratamento (PAIXÃO; GONTIJO, 2007). Difere desta pesquisa, em que o modelo preditivo proposto apresentou dois níveis de escolaridade no modelo de regressão ajustado, sendo estes de maior nível de escolaridade (ensino médio OR 1,56, IC 1,10-2,20; e ensino superior OR 42,99, IC 26,41-69,98).

Poder-se-ia especular que indivíduos com maior nível de escolaridade recorreriam às instituições públicas para ter acesso às medicações específicas para o tratamento da TB, entretanto recorreriam ao setor privado para acompanhamento médico. Nesses casos, o desfecho terapêutico a ser notificado pelo serviço público ficaria sem informação ou caracterizado como abandono.

Pesquisa realizada com 481 pacientes de 1998 a 2000 em Cuiabá-MT, aplicou modelo de regressão logística multivariada visando à identificação das variáveis mais relevantes como preditoras da variável resposta abandono, tendo sido o modelo final composto por: tratamento não supervisionado (OR 2,58, IC 1,64-4,06, $p < 0,001$); tratamento no ano de 98 e 99 (OR 1,43, IC 1,14-1,80, $p = 0,002$); sexo masculino (OR 1,39, IC 1,10-1,76, $p = 0,005$); ter abandonado previamente o tratamento anterior (OR 1,37, IC 1,06-1,78, $p = 0,017$). (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005)

O estudo descrito acima corrobora o método desenvolvido e difere quanto às variáveis preditoras do modelo final, já que o objetivo foi decidir o tratamento mais adequado. A variável tratamento supervisionado foi excluída, ficando o banco de dados constituído de todos em tratamento não supervisionado, pretendendo-se um modelo com os dados de 2001 a 2008, no qual não foi formada uma variável do ano de tratamento. A variável sexo não foi importante no modelo.

No estudo, a área apresentada sob a curva ROC foi de 0,722, estando dentro do conceito de um modelo razoável, permitindo, assim, dizer que um indivíduo que abandonou o tratamento terá um escore mais elevado que um indivíduo que não abandonou, em 70% dos casos. Isso não significa dizer que a predição de abandono ocorra com probabilidade de 70%. (MELLO, 2001).

A indicação de tratamento supervisionado aos indivíduos que não precisam dessa terapêutica inclui o apoio financeiro da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*), facilidades, incentivos, medicamentos, acompanhamento, e, a fim de evitar os custos desnecessários com a indicação de um tratamento 100% supervisionado, os pontos de corte devem ser analisados pelo pesquisador de forma a decidir que modelo seguir.

Com o cálculo dos dois pontos de corte, a melhor decisão parte do critério de capturar o máximo de indivíduos que abandonarão o tratamento, ou seja, o critério de uma maior sensibilidade (61,65%), apesar de tal decisão diminuir o valor preditivo positivo, mas, de preferência, podendo identificar melhor a questão exposta, e, assim, decidir pelo tratamento supervisionado.

A escolha de um ponto de corte que permita maior sensibilidade, por outro lado, envolve custos. Porém, essa decisão parte do conhecimento de como está sendo operacionalizada a estratégia DOTS e da incorporação em diversas partes do mundo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para o controle da tuberculose, já que pouco se conhece sobre

a atuação do PNCT de nosso País. Assim, os custos para um tratamento supervisionado já existem, embora precise ser mais bem implementada na cidade de João Pessoa.

Elevadas taxas de abandono implicam queda na manutenção da cobertura da estratégia supervisionada. Ao se falar nessa estratégia, cabe mencionar a importância dos ACS que são facilitadores da vigilância e da promoção da saúde, exercendo elo cultural ao unir saber científico e saber popular (MACIEL ET AL., 2008).

De maneira geral, um fator problema é que esses facilitadores têm capacitação insuficiente, visto o conhecimento limitado da sintomatologia da TB, em especial no que se refere à tosse prolongada. Em estudo que objetivou analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde no controle da TB, em Vitória, ES, três de 105 ACS souberam apresentar uma descrição correta do termo 'tosse prolongada', ou seja, não há fidedignidade em suas atribuições (MACIEL ET AL., 2008).

A formulação de um modelo que melhor discrimine o desfecho do tratamento deve subsidiar a política pública com aspectos da sustentabilidade e efetividade das ações e melhoria da estratégia supervisionada, observando-se que, frente à estratégia DOTS, a inclusão ao tratamento supervisionado deve compreender principalmente os que não estão na área de cobertura ou se recusaram ao tratamento supervisionado e apresentam características para o desfecho abandono. Assim, a incorporação já existe. O que acontece é que, junto à descentralização, há uma má operacionalização do sistema.

Quanto ao critério de retratamento objetivado pela DOTS, o modelo também inclui uma visão mais criteriosa àqueles com reingresso ao tratamento, merecendo atenção os indivíduos de maior nível de escolaridade e cor negra, indígena ou amarela.

Diante do tratamento estatístico e com os dados utilizados, pode-se criar uma ferramenta com capacidade decisória, contribuindo para afirmar que a melhoria da adesão ao tratamento da TB deverá considerar

determinantes sociodemográficos, além das variáveis relativas ao tratamento.

Conclusão

Ressaltou-se, neste estudo, a associação das variáveis: escolaridade, cor e tipo de entrada com a situação de encerramento. Isso implica dizer que um modelo preditivo foi encontrado para, então, definir o tratamento mais adequado (supervisionado ou auto administrado).

Considerando que, para existência desse melhor ajuste, maior responsabilidade das equipes de saúde em registrar e atualizar informações deve ser exigida, de maneira a amenizar a perda de dados, possibilitando que as pesquisas desenvolvam modelos com a totalidade dos dados, pois, a partir dos dados utilizados, foi possível verificar negligência nas notificações.

A partir dos resultados analisados com a identificação do início do tratamento, procedimentos de acompanhamento diferenciados podem ser implementados, tais como o tratamento diretamente supervisionado, evidenciado, nos estudos, baixo percentual de abandono com adoção da estratégia supervisionada.

As inconsistências dos registros da base de dados do SINAN constituem uma dificuldade para visualização da estratégia DOTS, necessitando de precisão e fidedignidade na atualização, uma vez que se constitui numa ferramenta importante para o planejamento, coordenação, supervisão, bem como para a decisão estratégica da intervenção.

As estratégias para controle da doença necessitam considerar os fatores de abandono relacionados com os hábitos, o conhecimento sobre sua doença e a motivação para complementar o tratamento. Ignorar as diferenças de perfil dos pacientes significa distanciar-se de bons resultados no tratamento e de um efetivo controle no desfecho ao tratamento.

Com identificação e quantificação das variáveis que influenciam a situação de

encerramento, a tomada de decisão deverá ser direcionada ao modelo, com melhor identificação dos indivíduos passíveis de abandonar o tratamento, para direcionamento do tratamento supervisionado, sem que essa decisão envolva custos desnecessários.

Assim, o estudo gerou um modelo como

resposta a seus objetivos iniciais, tornando possível a identificação dos indivíduos mais vulneráveis ao abandono do tratamento da TB, contribuindo com o processo decisório de saúde e objetivando implementar uma prática mais eficiente para controle do abandono ao tratamento. ■

Referências

- ALBUQUERQUE, M.F.M. *et al.* Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington (DC), v.9, n.6, jun. 2001, p. 368-374.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica: tuberculose*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde 2009. (Boletim n. 2/2009).
- FERREIRA, S.; SILVA, A.M.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. *J Bras Pneumol*, São Paulo, v. 31, n. 5, set./out. 2005. p. 427-35
- MACIEL, E.L.N. *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.6, jun. 2008, p.1377-1386.
- MELLO, F.C.Q. *Modelos Preditivos para o diagnóstico da Tuberculose Pulmonar Paucibacilar*. 2001. Tese (Doutorado em Medicina). – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 2001.
- MENDES, A.M.; FENSTERSEIFER, L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? *Bol Pneumol Sanit*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, abr. 2004. p. 25-36.
- OLIVEIRA, H.B.; MOREIRA FILHO, D.C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.5, out. 2000, p.437-443.
- PAGANO, M.; GAUVREAU, K. *Princípios de Bioestatística*. 2. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2008.
- PAIXÃO, L.; GONTIJO, E. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n. 2, abr. 2007, 2007.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório de Gestão*. João Pessoa: Secretária de Estado da Saúde, 2010.
- PERRECHI, M.C.T.; RIBEIRO, S.A. Tratamento de Tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. *J Bras Pneumol*, São Paulo, v.35, n.11, p.1100-1106, 2009.
- QUEIROZ, R. *Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo*. 97f. 2008. Dissertação (Mestrado em Medicina). – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.
- R DEVELOPMENT CORE TEAM. *R: a language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, c2009. Disponível em: <<http://www.r-project.org>>. Acesso em: 02 abr 2014.

SOUZA, K.M.J. *Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado*. 114f. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, 2008.

TERRA, M.F.; BERTOLOZZI, M.R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul./ago, 2008, p. 659-664.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World health statistics 2008*. Geneva: WHO; 2010.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em junho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS?

Who they are and how are cared of the patients hospitalized for diabetes mellitus in SUS?

Martha Maria Vieira de Salles Abreu Artilheiro¹, Selma Cristina Franco², Victor Cubas Schulz³, Camila Carneiro Coelho⁴

RESUMO: Esta pesquisa objetivou descrever o perfil de pacientes de 30 a 59 anos internados por Diabetes mellitus (DM) e complicações, os aspectos relativos à saúde e atenção recebida, listar as principais causas de internação e verificar a adesão dos pacientes ao tratamento recomendado. Realizou-se estudo transversal com uso do Sistema de Informações Hospitalares do SUS e entrevistas. Encontrou-se a taxa de internação de 1,77 por 10 mil e entrevistaram-se 50 pacientes, predominantemente do sexo masculino com várias comorbidades. A maioria foi atendida na atenção primária, havendo relatos de dificuldade no acesso. O sub-registro das internações por DM e suas complicações limita o uso desse indicador.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus; Atenção primária à Saúde; Hospitalização; Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT: *This research aimed to describe the profile of patients between 30 and 59 years hospitalized with diabetes mellitus and its complications, health-related aspects and care received, to list the main causes of hospitalization and to verify the adherence of patients to treatment. A cross-sectional study was conducted by means of SUS Hospital Information System and by interviews. A hospitalization index of 1.77 per 10 thousand cases was found and fifty patients were interviewed, predominantly males with several comorbidities. Most of them were assisted at primary care level and reported difficulties in accessing the service. The underreporting of hospitalization cases by diabetes and its complications restricts the use of this indicator.*

KEYWORDS: *Diabetes mellitus; Primary health care; Hospitalization; Quality assurance, Health care; Program evaluation.*

¹Mestre em Saúde em Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) - Joinville (SC), Brasil. Médica de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marthaabreuartilheiro@gmail.com

²Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) - Campinas (SP), Brasil. Professora da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) - Joinville (SC), Brasil. scfranco@terra.com.br

³Graduado em Medicina pela Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) - Joinville (SC), Brasil. Médico residente da Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau (SC), Brasil. victorcs02@gmail.com

⁴Graduanda em Medicina pela Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) - Joinville (SC), Brasil. camila.carneiro10@gmail.com

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 é uma doença crônica de caráter evolutivo que acomete cerca de 347 milhões de pessoas no mundo (DANAIEI *ET AL*, 2011) e constitui causa direta de mais de 3,5 milhões de óbitos (WHO, 2009).

No Brasil, estima-se que cerca de 5% da população adulta possui DM, concentrando-se em faixas etárias mais avançadas, atingindo aproximadamente 7% da população entre 30 e 69 anos e 18% acima de 65 anos (BRASIL, 2009C). O DM representa 5,2% das causas de mortes no Brasil e, juntamente com outras doenças crônicas, atinge especialmente grupos populacionais vulneráveis, como idosos e aqueles de baixa renda e escolaridade (FREITAS; GARCIA, 2012), tornando um tema de interesse para a saúde pública.

Sabe-se que o controle metabólico adequado pode retardar a progressão da doença e, atualmente, há um consenso entre os autores de que a Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe das tecnologias necessárias para diagnosticar, intervir e acompanhar os pacientes diabéticos com efetividade, propiciando-lhes melhor qualidade de vida e reduzindo lesões nos órgãos-alvo (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006; ROSA *ET AL*, 2007). Dessa forma, a APS vem sendo considerada o nível preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) para coordenar os cuidados a esses pacientes, tanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) como os modelos tradicionais.

No contexto internacional, desde a década de 90, autores têm utilizado indicadores da atividade hospitalar como medida da qualidade da atenção ambulatorial a diversas doenças, entre as quais o DM. São as chamadas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), i.e., uma lista de condições de saúde para as quais a atenção primária efetiva, oportuna e suficiente seria capaz de reduzir os riscos de agravamento e complicações e, conseqüentemente, de internações (CAMINAL *ET AL*, 2004; LADITKA; LADITKA; PROBST, 2005).

No Brasil, a utilização desse indicador é recente e tem contribuído para conhecer tanto o perfil da atenção ambulatorial ofertada aos pacientes que internam com CSAP como a magnitude e evolução temporal das internações evitáveis para grupos de patologias ou para grupos populacionais após a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e ESF (BRASIL, 2008A; ALFRADIQUE *ET AL*, 2009; DIAS-DA-COSTA *ET AL*, 2008; FERNANDES *ET AL*, 2009; NEDEL *ET AL*, 2008).

A partir de 2008, o Ministério da Saúde incluiu a taxa de internação por DM e complicações em pessoas de 30 anos ou mais como um indicador de pactuação obrigatória para os municípios brasileiros e, a partir de 2010, restringiu a faixa etária, que passou a ser de pessoas de 30 a 59 anos, considerando-se a possibilidade de evitar o evento, uma vez que, com o passar dos anos, a possibilidade de intervir na história da doença declina (BRASIL, 2008B; BRASIL, 2009A; BRASIL, 2009B).

A ocorrência de internação por DM e suas complicações seria, assim, um indicativo de falha na atenção aos pacientes portadores dessa doença crônica, que requer seguimento contínuo e prolongado, com ações de prevenção de complicações tais como o coma ou a cetoacidose diabética, as renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas e múltiplas (BRASIL, 2008A).

Face ao contexto, este estudo tem como objetivo principal traçar o perfil dos pacientes entre 30 a 59 anos, internados por complicações do DM e identificados pelo Sistema de Internação Hospitalar (SIH), nos anos de 2008 a 2010. Como objetivos específicos: descrever o perfil sócio demográfico, os aspectos relativos à saúde e à atenção recebida pelos pacientes, listar as principais causas de internação relacionadas ao DM e verificar a adesão dos pacientes ao tratamento recomendado.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal com o emprego de dados secundários obtidos no SIH gerenciado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2012).

Universo do estudo

Realizou-se a pesquisa no município de Joinville, Santa Catarina, que possui cerca de 500 mil habitantes e uma rede básica estruturada composta por 56 unidades que cobrem a totalidade dos municípios, 20 das quais funcionam segundo o modelo tradicional de APS, com cobertura de 62,4% e 36 delas segundo a ESF, cobrindo 37,6% da população.

Desde 1995, a Secretaria Municipal de Saúde possui programa para atenção aos pacientes com DM cujo protocolo prevê a realização de consultas médicas rotineiras a cada seis meses e consultas de enfermagem, com realização da dosagem do hemoglicoteste (HGT) mensal, bimensal, trimestral ou conforme necessidade, além de grupos educativos. Há revisões periódicas do protocolo assistencial e um programa de educação continuada para atualização dos profissionais de saúde. Entretanto, não ocorre avaliação rotineira dos resultados das ações e das metas pactuadas; dessa forma, inexistem dados sobre a eficácia do programa e do protocolo vigente.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados a participar do estudo os sujeitos que atenderam aos seguintes critérios: ter idade entre 30 e 59 anos no momento da internação; ser residente no município; ter tido ao menos uma internação nos hospitais públicos ou conveniados ao SUS no município, nos anos de 2008, 2009 e 2010, devido ao diabetes ou complicações associadas e registradas no SIH com os seguintes CIDs (Código Internacional de Doenças): coma ou cetoacidose: E10.0, E10.1, E11.0, E11.1,

E12.0, E12.1, E13.0, E13.1, E14.0, E14.1; complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e não especificadas) E10.2, E10.8, E11.2, E11.8, E12.2, E12.8, E13.2, E13.8, E14.2, E14.8; e sem complicações específicas: E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9 (BRASIL, 2008A).

Foram excluídos os sujeitos que não tinham condições intelectuais para compreender os procedimentos do estudo ou se recusaram a participar.

Procedimentos metodológicos

Utilizou-se o aplicativo Tabwin do DATASUS (2012) para acessar a base de dados do SIH e selecionar os pacientes. A sistemática adotada na busca utilizou filtros de exclusão por registros de ano de competência anterior ao estudo, por idade, município de residência, por Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e conferência de nome do paciente e data da internação para exclusão de duplicidades de informações. Dessa forma, identificaram-se 115 internações. Após a exclusão de cinco pacientes que, ao serem contatados negaram o diagnóstico, restaram 110 internações que corresponderam a 100 pacientes, pois cinco deles foram internados mais de uma vez. Ao serem contatados por telefone para entrevista, verificou-se que 24 deles foram a óbito e 26 não foram encontrados após diversas tentativas por telefone ou visita aos endereços registrados no cadastro da Secretaria Municipal de Saúde. A amostra final foi de 50 pacientes que aceitaram fazer parte do estudo. Após o aceite verbal, agendou-se uma visita no domicílio em dia e horários marcados conforme a conveniência dos participantes e a disponibilidade dos pesquisadores. As entrevistas foram realizadas por dois acadêmicos do curso de Medicina sob supervisão direta da pesquisadora. Foi assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição com processo nº 095/2011.

Para a coleta de dados elaborou-se questionário com 36 questões fechadas a respeito das condições sócio-demográficas, econômicas e de saúde, bem como sobre a utilização dos serviços de APS do Município e adesão ao tratamento recomendado.

Os dados dos questionários foram digitados em uma planilha MS-Excel (v. 2003) e conferidos por outro digitador visando garantir a qualidade da digitação. Para a apresentação das características gerais da amostra, foram utilizados a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas contínuas, e análise de frequências (absoluta e relativa) para as variáveis qualitativas.

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o programa *MsExcel* 2003, procedendo-se à programação das fórmulas dos testes. Adotou-se 5% ($p < 0,05$) como nível de significância estatística. Utilizaram-se os seguintes testes estatísticos, conforme as escalas das variáveis e circunstâncias: qui-quadrado clássico com correção de Yates, teste exato de Fisher bicaudal, teste U de Mann-Whitney e teste rho de Pearson.

Resultados

No período estudado, identificou-se 110 internações, perfazendo uma taxa média de internação por DM e suas complicações de 1,77 por 10.000 habitantes entre 30 e 59 anos, com taxas anuais de 1,59, 1,66 e 2,04, correspondente, respectivamente, aos anos de 2008, 2009 e 2010. Chamou a atenção o baixo número de registros de internação por DM no período.

A comparação entre os pacientes participantes e não participantes da pesquisa não mostrou diferenças significativas com relação ao sexo ($p = 0,95$). Quanto à idade, no grupo de não participantes, havia mais pacientes na faixa etária entre 50 e 59 anos ($p = 0,046$).

As características sócio-demográficas dos pacientes que compuseram a amostra mostrou um predomínio do sexo masculino

(56%), da faixa etária entre 40 e 49 anos (46%), de casados (60%), sendo que a grande maioria morava acompanhado (94%). Mais da metade deles possuía baixa escolaridade, sendo que 50% completou apenas o ensino fundamental e 14% se declarou analfabeto. Com relação ao aspecto econômico, a maioria (88%) possuía renda, encontrava-se em situação de independência financeira (90%) e pertencia às classes econômicas B ou C (88%), consideradas intermediárias. Não houve pacientes das classes extremas, A e E (*tabela 1*).

Quanto ao perfil de saúde, encontrou-se elevado percentual de pacientes em tratamento para hipertensão arterial (52%). Outras comorbidades foram mencionadas em percentual elevado, principalmente as oftalmopatias (32%), doença vascular periférica (32%), nefropatias (28%) e cardiopatias (22%), muitas delas associadas. Vale ressaltar que 48% relataram possuir duas ou mais doenças concomitantes ao DM, mostrando tratar-se de um grupo com elevado acúmulo de morbidades graves. Quase a totalidade dos pacientes (92%) possuía DM do tipo 2 (adulto), com um percentual importante (44%) de pacientes que relataram tempo de evolução igual ou superior a dez anos. No período do estudo, 64% dos pacientes apresentaram duas ou mais internações por DM, corroborando o perfil de gravidade que caracterizou essa casuística.

Vale mencionar que, no banco de dados do DATASUS (2012), encontrou-se 90% de pacientes com apenas uma internação e 10% com duas durante os anos de 2008 a 2010, informação esta que não coincide com o relato dos pacientes obtido nas entrevistas. Cerca de um terço dos pacientes relatou ter realizado cirurgia devido ao DM ou complicações na vida e 4% afirmou estar em diálise atualmente. Com relação à necessidade de cuidados domiciliares, 4% dos pacientes eram acamados e 12% declararam necessitar de cuidador (*tabela 2*).

Tabela 1. Características sociodemográficas e econômicas dos diabéticos internados em 2008, 2009 e 2010

Características (n=50)	N	%
Gênero		
Masculino	28	56
Feminino	22	44
Faixa etária (anos)*		
30-39	3	6
40-49	23	46
50-59	18	36
60-69*	6	12
Estado civil		
Solteiro	15	30
Casado	30	60
Viúvo	5	10
Situação de moradia		
Mora acompanhado	47	94
Mora sozinho	3	6
Escolaridade		
Analfabeto	7	14
Até quarta série	25	50
Fundamental completo	10	20
Médio completo	7	14
Superior completo	1	2
Possui renda própria		
Sim	44	88
Não	6	12
Depende de ajuda para subsistência		
Sim	5	10
Não	45	90
Classe econômica (ABEP)		
Média (B/C)	44	88
Baixa (D)	6	12
Diabetes prejudica as atividades diárias		
Sim	39	78
Não	11	22

* Refere-se à idade no momento da entrevista e não da internação.

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Perfil de saúde dos diabéticos internados em 2008, 2009 e 2010

Características (n=50)	N	%
Hipertensão associada		
Sim	26	52
Não	24	48
Comorbidade relacionadas ao diabetes		
Oftalmopatia	16	32
DVP	16	32
Nefropatia	14	28
Cardiopatia	11	22
Outros	2	4
Pneumopatia	0	0
Número de doenças associadas ao diabetes		
Uma	10	20
Duas	8	16
Três ou mais	16	32
Diabetes desde criança		
Sim	4	8
Não	46	92
Tipo de diabetes		
Tipo 1	4	8
Tipo 2	46	92
Tempo de diabetes		
0-9 anos	28	56
10-19 anos	13	26
20-29 anos	5	10
30 ou mais anos	4	8
Número de internações devido ao diabetes		
Uma internação	18	36
Duas internações	15	30
3 ou mais	17	34
Cirurgia devido ao diabetes		
Sim	18	36
Não	32	64
Diálise		
Sim	2	4
Não	48	96
Acamado		
Sim	2	4
Não	48	96
Necessita cuidador		
Sim	6	12
Não	44	88

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao uso dos serviços de saúde, chamou a atenção que cerca de um quarto dos pacientes não realizou nenhuma consulta nos últimos 12 meses nas unidades de APS. Ao serem perguntados sobre a unidade na qual costumavam se consultar, verificou-se que predominaram as unidades básicas convencionais (68%) com um percentual bastante inferior (28%) de unidades de saúde da

família, percentuais estes que acompanham a cobertura dos dois modelos de APS no município. Apenas 4% frequentavam serviços privados (*tabela 3*).

A inexistência de vagas na agenda da unidade de APS foi relatada por 28% dos pacientes como motivo de não terem conseguido acesso. Dois pacientes que não conseguiram ir à unidade eram acamados. Ao

Tabela 3. Uso dos serviços de saúde nos diabéticos internados em 2008, 2009 e 2010

Características (n=50)	N	%
Consulta na unidade básica últimos 12 meses		
Nenhuma	12	24
1-2	17	34
3-4	15	30
5-6	3	6
7 ou mais	3	6
Local de atendimento		
Unidade básica convencional	34	68
Unidade básica de saúde da família	14	28
Consulta particular	2	4
Motivo referido para não consultar na unidade básica		
Sem vaga	14	28
Não consegue ir	2	4
Não se aplica	34	68
Consultas programadas/desejadas não realizadas na unidade básica		
Nenhuma/ não se aplica	35	70
Uma ou mais	15	30
Consultas com endocrinologista nos últimos 3 anos		
Nenhuma/não se aplica	27	54
Uma ou mais	23	46
Motivo da não consulta ao endocrinologista		
Não foi encaminhado	23	46
Não tinha vaga disponível	4	8
Não se aplica	23	42

Fonte: Elaboração própria

serem perguntados sobre as consultas programadas (marcadas pela equipe de saúde) ou desejadas (busca espontânea do paciente), mas que não foram realizadas, 30% fez referência a uma ou mais, mostrando que nem sempre a porta de entrada garantiu o acesso a estes pacientes. Com relação à retaguarda especializada, quase a metade (46%) dos pacientes relatou ter se consultado com o endocrinologista nos últimos três anos. Entre os que não se consultaram (27 pacientes), 23 não foram encaminhados pelos profissionais da atenção primária e quatro não conseguiram acesso devido à falta de vagas (tabela 3).

Com relação às causas de internação encontradas nos registros do SIH, observou-se que 28 tiveram cetoacidose diabética, 16 apresentaram complicações circulatórias periféricas, seis pacientes entraram em coma, três apresentaram complicações renais, dois tiveram complicações oftálmicas, um teve outras complicações relacionadas ao diabetes, um teve múltiplas complicações, 33 apresentaram complicações não especificadas e 11 sem complicações identificadas pelo CID 10 na internação.

Os relatos dos pacientes sobre as recomendações recebidas e a adesão a elas mostram que, apesar de praticamente todos

Tabela 4. Distribuição dos pacientes diabéticos quanto às orientações recebidas e adesão às mesmas em 2008, 2009 e 2010

Características (n=50)	N	%
Recebeu orientação sobre a dieta		
Sim	50	100
Não	0	0
Realiza a dieta diariamente		
Sim	28	56
Não	22	44
Recebeu orientação sobre exercício físico		
Sim	47	94
Não	3	6
Realiza exercício físico diariamente		
Sim	11	22
Não	39	78
Recebeu orientação para parar de fumar*		
Sim	12	100
Não	0	0
Tabagista		
Sim	11	22
Não	39	78

* Os dados referem-se apenas aos que declararam ser tabagistas.

Fonte: Elaboração própria

terem recebido as orientações quanto aos hábitos alimentares, prática de atividades físicas e tabagismo, poucos cumpriam diariamente (*tabela 4*).

Os achados quanto ao tratamento medicamentoso dos pacientes mostraram que a maioria (74%) fazia uso de insulina e um elevado percentual usava hipoglicemiante oral (60%). Apesar de quase 90% relatar uso correto da insulina quanto a horários e doses, 8% referiu falhas no uso diário. No caso do hipoglicemiante oral, a falha ocorreu em 10% dos pacientes. O principal motivo de falha foi o

esquecimento (12%), sendo que a falta de disponibilidade nas unidades básicas foi relatada apenas por um paciente (*tabela 5*).

A aderência aos diversos componentes do tratamento — medicamentos, alimentação, atividade física e tabagismo — mostrou que apenas 4% realizou o tratamento correto com aderência a todos os itens mencionados. Apesar de o uso correto dos medicamentos ser essencial para evitar as descompensações do DM, percentual elevado (18%) de pacientes informou não tomar regularmente. Por outro lado, 34% relatou usar apenas os

Tabela 5. Características do tratamento medicamentoso dos diabéticos internados em 2008, 2009 e 2010

Características (n=50)	N	%
Usa insulina		
Sim	37	74
Não	13	26
Usa insulina conforme orientação médica*		
Sim	33	89
Não	4	11
Usa hipoglicemiante oral		
Sim	30	60
Não	20	40
Falha no uso dos remédios		
Sim	9	18
Não	41	82
Qual medicamento costuma falhar		
Hipoglicemiante oral	5	10
Insulina	4	8
Toma corretamente	41	82
Motivo da falha no uso do medicamento		
Toma corretamente	41	82
Esquece de tomar	6	12
Parou por conta própria	2	4
Não tinha disponível no posto	1	2

*Os dados referem-se apenas aos que informaram o uso de insulina e dizem respeito aos horários e doses recomendados pelo médico.

Fonte: Elaboração própria

medicamentos sem aderir a outras medidas terapêuticas. Vale mencionar que o uso correto do medicamento associado à alimentação adequada apresentaram maior aderência (40%), sendo a atividade física e o tabagismo os menos citados.

Discussão

Este estudo objetivou traçar o perfil de pacientes portadores de DM que frequentam a rede pública de saúde em um município de médio porte no sul do Brasil e que apresentaram, no período entre 2008 a 2010, uma ou mais internações por DM e complicações, eventos esses considerados evitáveis, em sua maioria, e entendidos como marcadores indiretos da qualidade da atenção ambulatorial, principalmente da APS. O conhecimento do perfil de tais pacientes, bem como dos fatores associados a esses eventos, permite esclarecer aspectos da assistência prestada aos portadores de DM e, assim, contribuir para seu aprimoramento.

O número de casos registrados no SIH foi bastante inferior ao esperado quando comparado com índices encontrados em estudos nacionais, como o de Alfradique *et al* (2009) que identificaram que, das internações realizadas na rede hospitalar do SUS em 2006, houve mais de 120.000 internações só em relação ao DM, correspondendo a 4,3% de todas as internações por CSAP, a uma taxa de 6,5 por 10.000 habitantes. O mesmo ocorre quando se compara com dados existentes no próprio Ministério da Saúde (BRASIL 2009A), que apontam como meta nacional para o indicador Taxa de Internação por DM e suas complicações o valor de 6,0 por 10 mil em 2010 e 5,7 por 10 mil em 2011, ou seja, índices três vezes mais elevados do que o encontrado no presente estudo. Esse sub-registro pode ser devido a falhas no registro das causas de internação do SIH, conforme já relatado por autores como Cavalini e De Leon (2007), Mendes *et al* (2012), Escosteguy *et al* (2002), Feijó e Portela

(2001), Schramm e Szwarcwald (2000), Ferreira e Portela (1999) e Mathias e Soboll (1998).

Além do sub-registro das internações devido às CSAP, outro ponto que merece atenção refere-se aos pacientes que buscam os serviços de urgência (Pronto Atendimento e Pronto Socorro) com quadros de descompensação, sendo medicados ou permanecendo em observação sem serem internados. Esses pacientes não são registrados nas estatísticas oficiais, embora tenham sofrido um agravo indicativo de possível falha assistencial, como mostrou estudo recentemente realizado em Paranaguá-PR com pacientes portadores de condições cardiológicas sensíveis à APS, revelando que apenas 18,8% dos que buscaram os serviços de urgência foram internados (MARTINS; FRANCO, 2012). Dessa forma, cabe uma crítica ao próprio indicador, que integra uma lista proposta pelo Ministério da Saúde para acompanhar o desempenho da rede assistencial dos municípios brasileiros em instrumentos como o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006B) e, mais recentemente, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) (BRASIL, 2011). Portanto, o sub-registro identificado neste estudo deve servir de alerta para outros estudos que pretendam monitorar a qualidade assistencial a partir desse indicador.

Chamou a atenção a elevada letalidade do grupo (24%), revelando tratar-se de pacientes em situação clínica de risco, que, portanto, devem ser monitorados rotineiramente pela rede ambulatorial, atenção primária e secundária. O perfil dos pacientes que internam por DM revelou predomínio do sexo masculino e faixa etária relativamente jovem (40-49 anos), o que difere de outros estudos realizados no Brasil no contexto da APS, onde houve predomínio de mulheres com faixa etária acima de 60 anos (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002; HENRIQUE *ET AL*, 2008; COTTA *ET AL*, 2009).

Neste estudo, predominaram os pacientes casados ou que vivem acompanhados, o que parece ser um fator protetor já identificado para os cuidados que devem receber em casa, tais como apoio para tomar medicamentos,

seguimento correto da dieta e mudanças no estilo de vida para manter hábitos saudáveis (BRASIL, 2001; BRASIL 2006A; OPAS, 2003; PONTIERI, BACHION, 2010). A baixa escolaridade e o elevado percentual de pacientes analfabetos revelam possíveis dificuldades na relação com os profissionais de saúde, conforme apontado por outros autores (COTTA *ET AL*, 2009; ESPIRITO SANTO *ET AL*, 2012; MENDES *ET AL*, 2011).

A inserção socioeconômica média, por outro lado, favorece o controle adequado da doença já que possibilita o acesso financeiro a produtos que a rede pública não fornece, tais como alimentos com alto teor de fibra, que reduzem a velocidade de absorção da glicose pelo intestino, contribuindo para o bom controle glicêmico e a melhoria do perfil lipídico; a redução do consumo de gorduras e aumento da ingestão de ácidos graxos ômega-3, que auxiliam na prevenção das complicações vasculares do diabetes, favorecendo a perda de peso e a adequação dos níveis sanguíneos de lipídios (COSTA *ET AL*, 2011; OPAS, 2010; PONTIERI; BACHION, 2010).

Apesar de o grupo estudado possuir um perfil de saúde indicativo de risco, assim como elevada proporção de outras comorbidades associadas ao DM, com destaque para a hipertensão arterial, e relato de duas ou mais internações por descompensação do DM, chamou a atenção que 24% não realizou nenhuma consulta nos últimos 12 meses, mostrando insuficiência na oferta de serviços. A falta de acesso à APS ficou evidente quando 28% desses pacientes informou não ter conseguido vaga na agenda das unidades básicas. Considerando que a grande maioria é usuária da rede de APS e que, no modelo assistencial proposto pelo SUS, ela é a coordenadora do cuidado, cabe aqui uma reavaliação do processo de trabalho das equipes com relação ao vínculo que estabelecem com os pacientes portadores de doenças crônicas, especialmente o acolhimento, o monitoramento rotineiro e a oferta de outros elencos de cuidados de saúde não limitados às consultas médicas ou de enfermagem, tais como as ações educativas e o autocuidado com

responsabilização, a mobilização de recursos na comunidade, entre outros.

Tais aspectos vêm sendo ressaltados por diversos autores nacionais e internacionais que preconizam mudanças na APS com vistas à construção de modelos mais responsivos para o enfrentamento de problemas e necessidades de saúde complexas, como é o caso das doenças crônicas (ROCHA, 2003; PONTIERI, BACHION, 2010; NUNES, 2010; OPAS, 2010).

Vale mencionar que o acesso ao nível secundário não pareceu tão dificultado, uma vez que quase a metade dos pacientes teve consulta com endocrinologista nos últimos três anos e somente 8% não conseguiu consultas por falta de vaga. Nesse sentido, a rede assistencial pública de Joinville parece atender, ao menos em parte, às recomendações de Mendes (2012), que afirma ser fundamental a presença equilibrada de médicos generalistas e especialistas no seguimento conjunto dos pacientes portadores de condições crônicas. Entretanto, não se verifica a construção de um trabalho compartilhado entre esses profissionais e seus pacientes, bem como um maior protagonismo da APS na coordenação do cuidado aos pacientes com condições crônicas, reproduzindo um modelo de atenção fragmentada e com desperdício de recursos.

Com relação à adesão ao tratamento, verificou-se que, apesar de as recomendações terem sido fornecidas pelas equipes de saúde, poucos pacientes relataram mudanças nos hábitos alimentares, de atividade física, ingestão de álcool e tabagismo, elementos considerados primordiais para o controle adequado da doença (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002; COTTA *ET AL*, 2009; ESPIRITO SANTO *ET AL*, 2012; PÉRES *ET AL*, 2007).

A falha no uso de medicamentos foi menor do que a adesão às demais medidas, mas, considerando que a interrupção do tratamento medicamentoso traz consequências graves para o paciente com DM, essa recomendação precisa ser bastante enfatizada e estratégias devem ser elaboradas para evitar a descontinuidade do uso (ESPIRITO SANTO *ET AL*,

2012), especialmente aquelas centradas no apoio ao autocuidado dos próprios pacientes (MENDES, 2012). É importante mencionar que a variedade e o abastecimento da rede de saúde com medicamentos para o DM têm melhorado consideravelmente nos últimos anos. Dessa forma, o compromisso dos pacientes com sua saúde parece ter se tornado central no controle da doença (ESPIRITO SANTO ET AL, 2012; MENDES, 2012).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso não se associou à maior chance de internações (GUIDONI ET AL, 2009), sugerindo que a adesão ao conjunto das recomendações e não apenas aos medicamentos pode ter efeito protetor contra as internações (SARTORELLI; FRANCO, 2003; GUIDONI ET AL, 2009).

Este estudo mostrou que grande parte desse grupo de risco de elevada morbimortalidade não segue as orientações médicas quanto a mudanças nos seus hábitos de vida. Tal achado traz reflexões sobre o entendimento que o paciente possa ter sobre a doença e suas possíveis repercussões em diferentes âmbitos de sua vida que o mobilize para mudanças e também sobre as ferramentas que os profissionais de saúde necessitam para provocar mudanças de atitude nesses pacientes, produzindo a corresponsabilização necessária para o sucesso no controle da doença. Dentre elas, cabe destacar aqui as tecnologias leves e a clínica ampliada e compartilhada propostas por Merhy e Gastão Wagner (CAMPOS; AMARAL, 2007; CUNHA, 2004), respectivamente, com a finalidade de oferecer aos profissionais de saúde subsídios para enriquecer e modificar suas práticas e habilidades relacionais, abandonando a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde, e caminhando no sentido da construção da autonomia e do autocuidado.

A construção do processo saúde-doença e o enfrentamento desses problemas devem basear-se na busca pela qualidade de vida,

que é singular, em que a pessoa deixa de ser o paciente para ser o protagonista da sua história, embasado no apoio que a equipe de saúde deve dar para a construção de suas escolhas e da vida que quer ter.

Conclusões

A taxa média de internação por DM e complicações foi de 1,77 por 10.000 habitantes entre 30 e 59 anos. Identificou-se predomínio do sexo masculino (56%), da faixa etária entre 40 e 49 anos (46%), de casados (60%), sendo que a grande maioria morava acompanhada (94%). Mais da metade deles possuía baixa escolaridade e pertencia às classes econômicas B ou C (88%). Observou-se um perfil de risco, com elevado percentual de pacientes em tratamento para hipertensão arterial (52%), portadores de outras comorbidades (68%) e com necessidade de cuidador (12%). Apesar disso, 24% dos pacientes não realizou nenhuma consulta nos últimos 12 meses nas unidades de atenção primária e 30% relatou dificuldade no acesso.

As principais causas de internação foram a cetoacidose diabética, complicações circulatórias periféricas e coma. Proporção elevada de pacientes recebeu tratamento medicamentoso, insulina (74%) e hipoglicemiante oral (60%), sendo que 18% relataram falhas no uso diário. Apesar de os pacientes receberem orientações para controle da doença, a grande maioria não cumpria de forma rotineira.

Os limites deste estudo foram o sub-registro das internações identificadas no SIH, ocasionando uma amostra subestimada, e o fato de o instrumento de coleta de dados ser um questionário autorreferido, o que pode ter afetado a acurácia dos resultados.

É importante ressaltar que o sub-registro das internações encontrado constitui uma importante limitação para o uso dessa base de dados para o DM e levanta dúvidas sobre seu uso para outras condições clínicas que compõem a lista de doenças consideradas CSAPS.

Sugere-se maior sensibilização sobre a importância desse registro para que o indicador ganhe sensibilidade e seja capaz de mostrar as mudanças ocorridas em relação à internação por tais doenças, permitindo uma adequada avaliação da qualidade da atenção ambulatorial, especialmente da APS, e subsidiando a implementação de programas nacionais de melhorias na qualidade da atenção.

Cabe ainda fazer uma consideração a respeito do indicador estudado, para o qual deveria ser especificado se o paciente era portador de DM tipo 1 ou DM tipo 2, uma vez que são doenças com evoluções completamente distintas e, conseqüentemente, a possibilidade de se prevenir eventos negativos relacionados a elas também é bastante diferente. ■

Referências

ALFRADIQUE, M.E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, jun. 2009.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 205-211, set./out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. *Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)*: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, v. 1, 2006b. (Série Pactos pela Saúde).

_____. _____. Portaria/GM nº 325. de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. *Diário Oficial da União*, n. 36, Brasília. 22 fev. 2008a.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008b. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 07 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. Anexo da Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. *Instrutivo dos Indicadores para a pactuação unificada 2009*. Brasília: Ministério da Saúde. 2009a.

- _____. Portaria/GM nº 2669 de 03 de novembro de 2009. *Instrutivo da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento do Pacto pela Vida e de Gestão para o biênio 2010 – 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- _____. Dia mundial do diabetes. *Dados estatísticos no Brasil 2009c*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457> Acesso em: 11 jul. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Gestor do Decreto 7508. *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMINAL, H.J. *et al.* The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*, Oxford, v.14, p.246-251, set. 2004.
- CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, jul./ago. 2007.
- CAVALINI, L.T.; DE LEON, A.C.M.P. Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.1, p.85-93, fev. 2007.
- COSTA, J.A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.2001-2009, mar. 2011.
- COTTA, R.M.M. *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1251-1260, jul./ago. 2009.
- CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Campinas: Hucitec, 2004.
- DANAIEI, G. *et al.* National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*, London/New York, v.378, n.9785, p.31-40, jul. 2011.
- DATASUS. *Departamento de Informática do SUS*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 01 set. 2012.
- DIAS-DA-COSTA, J.S. *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1699-1707, jul. 2008.
- ESCOSTEGUY, C.C. *et al.* O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n.4, p.491-499, ago. 2002.
- ESPIRITO SANTO, M.B. *et al.* Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Revista*, Belo Horizonte, v.15, n.1, p.88-101, jan./abr. 2012.
- FEIJÓ, M.C.C.; PORTELA, M.C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.627-637, mai./jun. 2001.
- FERNANDES, V.B.L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.6, p.928-36, dez. 2009.
- FERREIRA, V.M.B.; PORTELA, M.C. Avaliação da sub-notificação de casos de Aids no município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.317-324, abr./jun.1999.
- FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.21, n.1, p.7-19, jan./mar. 2012.
- GUIDONI, C. M. *et al.* Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v.45, n.1, p.37-48, jan./mar. 2009.
- HENRIQUE, N.N. *et al.* Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.168-173, abr./jun. 2008.

LADITKA, J.N.; LADITKA, S.B.; PROBST, J.C. More may be better: Evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Services Research*, Chicago, v.40, n.4, p.1148-1166, ago. 2005.

MARTINS, J.A.F.; FRANCO, S.C. *Demanda de pacientes com Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária em um serviço de saúde terciário de Paranaguá, PR, 2012*. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente). - Universidade da Região de Joinville, Joinville, 2012.

MATHIAS, T.A.F.; SOBOLL, M.L.M.S. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.32, n.6, p.526-532, dez. 1998.

MENDES, A.C.G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2903-2912, nov. 2012.

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, T.A.B. *et al.* Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1233-1243, 2011.

NEDEL, F.B. *et al.* Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.6, p.1041-1052, dez. 2008.

NUNES, M. Apoio social na diabetes. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 2010. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/10.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OPAS, 2003.

_____. Linhas de cuidados. *Hipertensão Arterial e Diabetes*. Brasília: OPAS, 2010. Disponível em: <http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf> Acesso em: 24 mar. 2012.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, fev. 2006.

PÉRES, D.S. *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.15, n.6, p.1105-1112, nov./dez. 2007.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.151-160, jan. 2010.

ROCHA, A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set. 2003.

ROSA, R.S. *et al.* Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.10, n.4, p. 465-478, dez. 2007.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, s.1, p.29-36, jan./fev. 2003.

SCHRAMM, J.M.A.; SZWARCOWALD, C.L. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.3, p.272-279, jun. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization, 2009.

Recebido para publicação em novembro de 2013
Versão final em maio de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Vulnerabilidades e subjetividades de pessoas com diagnóstico e tratamento de hepatite C

Vulnerabilities and subjectivities of people diagnosed with and under treatment of hepatitis C

Ângela Antônia Ferreira Kunrath¹, José Roque Junges², Laura Cecilia López³

RESUMO: Este estudo analisa as vulnerabilidades e subjetividades de usuários com hepatite C acompanhados por um centro de especialização. O estudo qualitativo buscou captar as complexas vulnerabilidades experimentadas por esses sujeitos. Expõem-se as formas de reação na busca pelo tratamento e no enfrentamento dos efeitos adversos da medicação, bem como as restrições impostas pela doença. As divergências no enfrentamento dependem da ressignificação das biografias e da reorganização das subjetividades. O tratamento está centralizado mais na terapia medicamentosa do que nos efeitos sobre a reorganização de suas vidas, questão que merece um olhar crítico, tendo presente a integralidade do cuidado à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatite C; Vulnerabilidade em saúde; Terapêutica.

ABSTRACT: *This study analyzes the vulnerabilities and subjectivities of users diagnosed with hepatitis C who are accompanied by an appropriated health center. This is a qualitative research that aims to expose also the ways of reaction during the treatment and the tackling of the medication adverse effects as the restrictions imposed by the disease. Differences in coping with the disease depend on the capacity of giving a new meaning to life and on the reorganization of subjectivities. The treatment is centered more on drug therapy than on the effects on life reorganization, an issue that deserves a critical eye, bearing in mind the integrality of health care.*

KEYWORDS: *Hepatitis C; Health vulnerability; Therapeutics.*

1 Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) – São Leopoldo (RS), Brasil.
angela-kunrath@saude.rs.gov.br

2 Doutor em Teologia Moral pela Pontifícia Università Gregoriana – Roma, Itália. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
roquejunges@hotmail.com

3 Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
lauracl@unisinos.br

Introdução

No Brasil, estima-se existirem cerca de três milhões de portadores de hepatite C que, em sua maioria, desconhecem seu estado de portador, o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão dessa infecção viral (BRASIL, 2008). Apesar da grande magnitude, disseminação mundial e gravidade em termos de saúde pública, a hepatite C evoluiu como uma epidemia chamada silenciosa (BASTOS, 2007).

O consenso da Sociedade Brasileira de Doenças Infecciosas sobre o tratamento e monitoramento da hepatite C (ARAÚJO ET AL, 2007) apresenta o estado da arte sobre os caminhos clínicos para enfrentar a doença, principalmente a aplicação do Interferon peguilado injetável, as incógnitas e os percalços que ainda permanecem nesse itinerário terapêutico. Um dos principais problemas apontados quanto ao tratamento são os efeitos adversos da aplicação da medicação. Outro problema, levantado por Serra (2008), é o fator tempo, cujo dilema é encurtar ou prolongar a duração do tratamento.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 34/2007 (BRASIL, 2007), substituída recentemente pela Portaria nº 221/2011 (BRASIL, 2011), propõe um caminho terapêutico para as pessoas acometidas pelo vírus da hepatite C pautado por esse consenso. Esses movimentos refletem um processo de institucionalização e construção social da doença no sentido de 'fazer visível' uma enfermidade que até pouco tempo era invisível. Contudo, Araújo (2011) constata que ainda se está longe de uma terapia satisfatória e efetiva para a hepatite C.

A visibilidade da doença e a própria insatisfação quanto à sua terapia acontecem a partir e dentro do paradigma biomédico. O tratamento se insere num contexto em que, muitas vezes, "as queixas são reduzidas a um mal fisiológico desagregado do paciente portador de uma experiência histórica e existencial e que traz em si um significado" (VALENÇA; FONSECA, 2006, P. 106). Por isso, é importante realizar outras aproximações ao fenômeno que

entendam a experiência subjetiva da doença. Em paralelo ao contexto biomédico das intervenções, existe uma dimensão sociocultural que, muitas vezes, é esquecida, composta por significados sobre o adoecimento e a cura, vivência de estigmas e barreiras, possíveis perdas ou ganhos que acompanham a confirmação do adoecer e as interpretações sobre os itinerários terapêuticos. Essas novas abordagens podem abrir caminhos para os impasses do tratamento da hepatite C.

Na perspectiva da integralidade em saúde (PINHEIRO, 2001), entende-se que a busca de cuidados não está limitada ao acesso e à utilização de medicamentos. Ainda que essenciais para a cura, as terapias com os consequentes efeitos colaterais precisam ser escolhas dos sujeitos. Eles irão aderir ou não, considerando processos internos complexos de adaptação sob a influência de suas relações sociais (ALVES; SOUZA, 1999).

Nesse contexto, é importante pesquisar sobre a qualidade de vida das pessoas com hepatite C (ALVES ET AL, 2012), porque os efeitos colaterais incidem fortemente sobre o seu bem estar, obrigando-as a encontrar novos significados para seu cotidiano. Os dados deste estudo revelam que as pessoas não estão contentes com sua saúde por não saberem como lidar com esses efeitos. O domínio do ambiente possui elevada importância, porque mostra o contexto onde estão os recursos para que se possa reagir e resituar-se em sua subjetividade. Este é um dos poucos artigos que tentam compreender a situação subjetiva das pessoas que enfrentam as consequências adversas do tratamento. São necessários mais estudos qualitativos para entender a subjetividade dos usuários que são acompanhados e monitorados pelos centros de atendimento para a hepatite C.

A descoberta da doença e seu tratamento produzem contextos de vulnerabilidades e tentativas de se resituar na vida por parte dos sujeitos. O artigo objetiva analisar as narrativas sobre as experiências de adoecimento e tratamento e suas repercussões sobre a

subjetividade dos usuários com hepatite C que são acompanhados e monitorados por um centro de especialização.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa centrada nas narrativas (FLICK, 2009) de como os sujeitos diagnosticados com hepatite C enfrentam as vulnerabilidades produzidas pelo tratamento. A aplicação do medicamento e o acompanhamento terapêutico dessas pessoas precisam ser monitorados por centros especializados criados para essa finalidade.

Em 2003, foi inaugurado o Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (CAMMI) do Hospital Sanatório Partenon na cidade de Porto Alegre-RS. Sob a responsabilidade da Política de Assistência Farmacêutica Estadual, seus objetivos são a administração de medicamentos para o tratamento da hepatite, acompanhamento e monitoração, realizados por equipe multiprofissional (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

O universo empírico da pesquisa foi composto por pessoas vivendo com hepatite C crônica em tratamento com Interferon peguilado injetável realizado no CAMMI. Em acordo com a equipe, foram definidos os seguintes critérios para a seleção: homens e mulheres, preferencialmente em igual número; que já tivessem ultrapassado a 24^a semana do tratamento, porque, segundo a literatura, quando não há a negatificação ou diminuição da carga viral depois de transcorridas 12 semanas, o tratamento não é continuado (BRASIL, 2011; FERNANDÉZ, 2007; VELOSA ET AL, 2012). Portanto, todos os usuários que permanecessem em tratamento após a 12^a semana poderiam ser convidados a participar do estudo, desde que tivessem mais de 18 anos, domiciliados em Porto Alegre e região metropolitana e que aceitassem participar da pesquisa. Dos 30 prontuários selecionados, 21 usuários foram convidados e dez aceitaram participar.

Assim, o universo constituiu-se de dez entrevistas com cinco homens e cinco mulheres com idades entre 38 e 73 anos. Destes, oito residiam em Porto Alegre e dois na região metropolitana. Em relação à situação no trabalho, dois eram motoristas de ônibus aposentados, uma dona de casa, uma auxiliar administrativa aposentada, um funcionário público, um advogado, um comerciante, um bancário aposentado, uma vendedora e uma prestadora de serviços gerais. Todos eles solicitaram tratamento por via administrativa.

Realizou-se a observação das situações de atendimento, onde se fez a aproximação para uma primeira conversa sobre a disponibilidade de participar da pesquisa. A abordagem foi feita no horário da aplicação dos medicamentos ou da consulta com os farmacêuticos. A enfermeira do centro também participou, convidando alguns pacientes pessoalmente ou por telefone. Os demais foram convidados pela pesquisadora na sala de espera, onde explicava o estudo e seus objetivos. Todos preferiram conceder as entrevistas no horário e local do atendimento.

Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas narrativas (FLICK, 2009), guiadas por ideias norteadoras que propiciassem a exploração dos significados da doença e das escolhas terapêuticas sobre suas vidas, as vulnerabilidades provocadas e os novos modos de subjetivar-se. As entrevistas foram conduzidas a partir de três ideias norteadoras: significados que o usuário atribui à experiência da doença na sua história de vida; aspectos determinantes para a produção de vulnerabilidades no enfrentamento da hepatite C; e percepções do usuário sobre os itinerários percorridos na busca pela cura. Após, foram sistematizadas e enriquecidas com anotações do caderno de campo.

A leitura e compreensão das narrativas seguiu a perspectiva fenomenológica (GARNICA, 1997), permitindo analisar e destacar unidades de significado que indicam como os usuários percebem em suas vidas o fenômeno da hepatite C. Na análise das convergências

e divergências nas unidades de significado, apareceram duas categorias: o tratamento como produtor de vulnerabilidades e o enfrentamento e reorganização das subjetividades. Essas categorias foram discutidas com base na literatura sobre as experiências do adoecimento e do cuidado e sobre produção de vulnerabilidades na área da saúde coletiva.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul com o Protocolo CEPS-ESP nº 598/10.

Resultados e discussão

As narrativas analisadas evidenciam uma forma de organização em que os entrevistados relatam sua experiência por meio de uma retrospectiva biográfica pontuada por eventos significativos. São relatos emocionados, demonstrando a intensidade do momento em que tem a oportunidade de expor sua visão sobre o adoecimento e o tratamento.

Tratamento como produtor de vulnerabilidades

As pessoas acometidas pelo vírus da hepatite C percorrem caminhos difíceis, depois de receberem o diagnóstico da doença, na busca de cuidados terapêuticos, itinerários, esses, que envolvem práticas individuais e coletivas. Esses caminhos se dão em determinados contextos e estão perpassados por processos sociais que, em muitos casos, produzem vulnerabilidades, que Ayres *et al.* (2003, p. 123) define como

o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais

e, vinculado a isso, o maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis da situação.

Pode-se destacar que a produção de vulnerabilidades perpassa todo o itinerário de tratamento dos entrevistados desde a descoberta da doença até a própria terapêutica proposta e os impactos que esta traz no plano individual e social. Destacam-se, ainda, aspectos da produção de vulnerabilidades que dizem respeito às três dimensões apontadas por Ayres *et al.* (2003): individual, social e programática, como analisado a seguir.

Após a confirmação do diagnóstico, os entrevistados relataram traçar um percurso de busca de informações, ainda sem sentir os efeitos, somente com a preocupação por sua condição de ‘portadores’ da doença. A evidência da descoberta indireta e surpreendente do diagnóstico foi expressa na narrativa de Francisco, que, ao doar sangue, ouviu: *“o senhor está com hepatite C e o seu sangue não vai poder ser usado e vai ter que ir para o livro, porque o senhor não tem mais condições de doar sangue”*.

Percebe-se que o impacto do diagnóstico produz vulnerabilidades no plano individual, considerando as percepções e as maneiras de agir inerentes aos saberes e às possibilidades de cada sujeito. Como expressa Daniel, ao sentir dor no abdômen, foi ao posto de saúde e descobriu por acaso: *“e aí eu fiz o exame, trouxe pra doutora, ela olhou e disse não tem pedra, tu estás com hepatite C. E ali já começou o meu aborrecimento...”*.

Como afirma Bastos (2007), a hepatite C desenvolve-se durante anos sem manifestar os danos que causa ao organismo, sem qualquer sintoma. Essa diferença em relação a outras patologias crônicas causa nas pessoas uma sensação de surpresa e impotência frente ao diagnóstico.

Os relatos mostram que no percurso do diagnóstico ao tratamento as pessoas passam por muitos exames, consultas com especialistas, intervenções mais invasivas, como conta Inês: *“eles faziam exames, mais exames e assim eu levei de 2007 até o início de 2010. Foi todo esse tempo, exames de dois em dois meses, consultas...”*.

O longo tempo transcorrido é percebido como gerador de vulnerabilidades, pois são meses ou anos considerados perdidos, em que a doença se desenvolve sem se poder ‘fazer nada’, ficando à mercê do protocolo de tratamento.

Uma vez começado o tratamento, os efeitos colaterais são relatados como ‘muito duros’, tornando-se impeditivos para as atividades dessas pessoas. As condições físicas pioram:

Sintomas de início eu senti... vontade de vomitar, dor de cabeça, febre, eu tive quase 40 de febre[...]. Acho que o meu organismo não estava preparado para aquela aplicação (Francisco).

Ao narrar tais situações, eles revisitam um sofrimento passado e ainda vivo, que relacionam com o atual, referido como modificador do ‘andar natural de suas vidas’, como relata Fernando: “talvez a gente não se sente bem com ela, fica capenga, vamos dizer assim, das atividades. É quando você está no tratamento, porque antes eu não sentia nada”.

No plano individual, pode-se notar que a descoberta da doença não implica necessariamente uma ruptura biográfica, tal como define Canesqui (2007), para falar das doenças crônicas como experiência em que há rupturas nas estruturas, significados e conhecimento na vida do enfermo. Porém, a incerteza quanto ao início do tratamento, seja pela demora dos protocolos, seja pela demora devido ao descompasso entre oferta e demanda, provoca situações de vulnerabilidade. A hepatite C é referida como modificadora da biografia desses usuários quando iniciam os exames de acompanhamento e o tratamento.

Os efeitos colaterais do tratamento também produzem vulnerabilidades, sejam elas no plano individual ou social. A dimensão social da produção de vulnerabilidades refere-se às práticas coletivas de enfrentamento e as adversidades, conforme a disponibilidade de recursos e o acesso a esses recursos.

Pode-se ressaltar que a vida cotidiana dos enfermos, nas suas várias dimensões

- trabalho, atividades domésticas, relações familiares, questões financeiras -, sofre restrições que interferem nas dinâmicas sociais:

Estou com estafilococos, tive herpes nas pernas, fiquei com as pernas todas pretas assim. [...] Mas mesmo assim, até novembro, até fim de novembro, eu tentei trabalhar. Eu trabalhava dois, três dias, nos dias da aplicação eu não trabalhava (Pedro).

No caso de Maria, aposentada, que também vive com AIDS, a renda é baixa e o tratamento da hepatite C aumentou seus gastos. Sem apoio ou assistência social ela relata:

Tu não tens um suporte financeiro [...] porque eu moro em Alvorada. Eu preciso pegar dois ônibus pra vir aqui [...]. Então tu tem que disponibilizar passagem, o meu salário é pouquinho [...]. Se não vem no dia, vem no outro...

Vários entrevistados relataram os impactos da doença relacionados com a produção de vulnerabilidades no plano programático, ou seja, nas brechas abertas pelas instituições de saúde nos cuidados prestados.

Pedro expressa o desejo de apoio psicológico e uma atenção mais inclusiva, evidenciando a fragilização do indivíduo pela doença:

Talvez, primeiro, o SUS pudesse disponibilizar acompanhamento psicoterapêutico. Segundo, talvez pudesse viabilizar a formação de grupos para as pessoas que quisessem participar [...]. Talvez isso ajudasse nesse período...

Essa frase pode ser relacionada com o que Gertner (2009) evidencia como a experiência dos sujeitos quanto à solitária responsabilidade de enfrentar as vulnerabilidades impostas pela tecnologia médica.

Os entrevistados apontam as fragilidades das ações em saúde pública ao não contemplarem a integralidade dos sujeitos que se defrontam com tecnologias médicas que impõem reorganizações da sua subjetividade.

Enfrentamento e reorganização das subjetividades

A mudança de situação na vida do sujeito em processo de adoecer envolve transformações de diferentes ordens. Nesse processo de transformação, a subjetividade é reorganizada dando dimensões diferenciadas aos pensamentos, às emoções e às ações do sujeito, de acordo com os aspectos sociais e culturais que permeiam sua vida (MOURA ET AL, 2011).

Na narrativa de Daniel sobre o enfrentamento da doença, evidencia-se a visão da enfermidade como perda relacionada aos fracos vínculos sociais que o sujeito vivencia:

Aí, me explicaram tudo sobre a doença. Mas veio aquela tristeza, aquela angústia. Já que eu sou viúvo, moro só, solidão, então, fiquei triste. Não tinha nada há bem pouco tempo atrás e agora me aparece isso aí...

Maria, com uma compreensão diferente sobre o adoecimento, entende a hepatite C como mais um desafio a vencer, e relaciona esses desafios à manutenção de estreitos vínculos familiares:

Eu enfrento o HIV faz dez anos. Eu luto e mato um leão por dia. Eu já tive tuberculose, eu já tive tudo que é tipo de infecção que possa imaginar [...]. Por causa dos meus filhos, por eles. Eles precisam de mim.

Essas divergências nos levam a pensar como as reorganizações subjetivas estão relacionadas com as vivências e trajetórias, com os significados dados à doença, assim como com os vínculos sociais de apoio.

Os entrevistados expressam a importância da participação dos familiares, cônjuges, e até dos próprios médicos como motivadores para o início e a continuidade do tratamento:

Eu estava muito pra baixo. O médico disse: "dona Inês, aguenta firme, não desiste". Aí eu disse: mas quem disse pra ti que eu vou

desistir, não vou desistir nunca, nem que eu vou de arrasto até o fim [...]. Se a gente não tem vontade já é uma batalha perdida (Inês).

A reorganização das subjetividades está vinculada, também, a fatores coletivos, como oferta e acesso aos serviços de saúde. A equipe do centro foi referida por todos os entrevistados como importante para o enfrentamento e o sucesso de seus tratamentos, como diz Pedro:

O CAMMI é um serviço diferenciado em termos do SUS[...]. Principalmente aqui, é uma área profissional muito capacitada. Dá apoio, uma força muito grande e é uma cultura diferente [...]. É uma cultura do setor, eles te dão uma relação especial, então o serviço pra mim é 100%.

No caso da hepatite C, a opção pelo tratamento, muitas vezes, é feita para seguir a prescrição médica, ainda que não sintam doentes. Esse 'compromisso com quem prescreve' é referido por Lefèvre (2001) ao explicar a simbologia do medicamento para pacientes que não experimentam nenhuma sensação da doença. Cumprindo o compromisso, fazendo o tratamento, eles atendem a uma exigência social e o medicamento simboliza o que o autor chama de 'saúde social'.

Os caminhos de busca pela cura desses sujeitos expressam a adequação às orientações médicas e o direcionamento aos recursos diagnósticos e terapêuticos ofertados pelo sistema público de saúde como única possibilidade de estabilização da doença. Outras formas de cuidado são vistas como 'reforços' para a continuidade do tratamento com o Interferon.

A visão biomédica, que tem pautado o enfrentamento da hepatite C, mostra-se insuficiente por não considerar todas as dimensões envolvidas, principalmente as culturais e sociais (BASTOS, 2007).

Segundo Gerhardt (2007), é necessária a compreensão dos problemas ligados à saúde

e à capacidade de mobilização de ‘recursos sociais’ que respondam aos problemas encontrados e às trajetórias que conduzam os indivíduos a determinada situação. Pensar na prática da integralidade inclui pensar o cuidado como valor ético, o cuidado como redes sociais e, principalmente, abrir espaço para a diversidade, tornando possível a instigação do apoio social como prática de saúde por parte dos profissionais.

Junges e Zoboli (2012) conceituam saúde como a capacidade de reagir aos diversos fatores que vulnerabilizam o equilíbrio vital, a fim de reorganizar, na subjetividade e em interação com o contexto socioambiental, os elementos biológicos, psicológicos e simbólicos. Essa capacidade é expressa no seguinte relato:

Porque em vez de reclamar, a gente tem que reagir. E eu não falo isso aqui só, sentada olhando para ti. A gente vem na vida para vencer um obstáculo. Enquanto eu tiver força, ninguém vai tomar conta de mim, só eu[...]. Eu não preciso de ninguém para sair, para vir fazer tratamento (Rosane).

A fala mostra uma reação individualizada à doença, que, não sendo abordada na sua dimensão coletiva, perde visibilidade no espaço público (ADAM; HERZLICH, 2001). Ao inverter essa lógica, aumentando a articulação com o social e a interlocução com os grupos de apoio, as políticas públicas poderiam avançar na direção da integralidade.

As narrativas expressam uma incerteza em relação ao futuro. Alguns falam em doença terminal, outros falam de esperança e fé em Deus. Não foram expressas estratégias concretas para seguir a vida depois do tratamento, apenas a vontade de superar e viver.

Considerações finais

Complexas vulnerabilidades foram referidas pelos usuários. Inicialmente, por ignorar os

riscos de infecção e/ou a condição de portador do vírus; durante o diagnóstico, pela dificuldade de realizar muitos exames e a espera pelo tratamento; pelos efeitos adversos severos da medicação, restrições ao trabalho e à vida social. E, por fim, na busca solitária da reorganização de suas vidas. Por isso, a qualidade de vida dessas pessoas depende, em muito, do contexto.

Percebe-se que o enfrentamento da hepatite C tem sido uma responsabilidade dos indivíduos centralizada no tratamento e não na reorganização de suas vidas. A dimensão social/coletiva do enfrentamento quase não aparece nos relatos, restringindo-se ao apoio das relações familiares, da religiosidade e da equipe do serviço de saúde.

A ampliação da assistência ao usuário com hepatite C precisa suplantar os limites da visão biomédica. Os protocolos de tratamento contemplam os testes diagnósticos e os medicamentos, mas a atenção integral depende da organização da rede assistencial e de políticas desenvolvidas pelos gestores da saúde pública.

Tais complexidades remetem a intervenção à abordagem intersetorial, na perspectiva da integralidade, respeitando as diferenças e valorizando as redes de apoio social. O apoio social foi pouco referido, o que sinaliza a necessidade de reflexão da gestão sobre essa questão.

Houve avanço com a publicação do novo protocolo que valoriza a atitude do profissional e da equipe de saúde em promover acolhimento, aconselhamento e abordagem individualizada. Ressalta-se a capacidade de estabelecer diálogo e relação de confiança, além da flexibilidade e negociação com o paciente, facilitando o acesso a informações sobre o tratamento como importantes estratégias de promoção da saúde e atenção integral.

A estratégia de implantação de centros de aplicação de medicamentos revela-se uma iniciativa capaz de minimizar algumas vulnerabilidades e foi valorizada por todos os sujeitos do estudo. É necessário, porém,

melhorar a estrutura física e equacionar o número de profissionais da equipe para atender à demanda. É necessário ampliar a rede, localizando estrategicamente os centros de

atendimento e agregando psicólogos às equipes no acompanhamento do sofrimento psíquico do usuário durante o tratamento. ■

Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Edusc, 2001.
- ALVES G. A. *et al.* Quality of life of patients with hepatitis C. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 45, n. 5, p. 553-557, 2012.
- ALVES, P.C.; SOUZA I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA I. M. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ARAÚJO E.S.A. Hepatitis C therapy in 2011: is less more, is more less? *Braz. J. Infect. Dis.*, Salvador, v. 15, n. 6, p. 508-512, 2011.
- ARAÚJO, E.S.A. *et al.* Consensus of the Brazilian Society of Infectious Diseases on the management and treatment of hepatitis C. *Braz. J. Infect. Dis.*, Salvador, v. 11, n.1, p. 1-5, 2007.
- AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BASTOS F.I. *O som do silêncio da hepatite C*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 34, de 28 de setembro de 2007. *Dispõe sobre o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/svs/2007/prt0034_28_09_2007.html>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- _____. _____. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hepatites virais: o Brasil está atento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Portaria SVS nº 221, de 13 de julho de 2011. *Dispõe sobre o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas de Hepatite Viral C e Co-infecções*. Brasília, 2011.
- CANESQUI, A.M. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- FERNANDÉZ S. Tratamiento de la Hepatitis C Aguda. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, Caracas, v. 61, n. 3, p. 213, 2007.
- FLICK, U. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GARNICA, A.V.M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 1, p. 109-122, 1997.
- GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC/Abrasco, 2007.

- GERTNER, A.K. *Pharmaceutical care, public experiments and patient knowledge in the Brazilian Public Healthcare System*. 147 f. 2010. Monografia (graduação em Antropologia). – Universidade de Princeton. Nova Iorque, 2010.
- JUNGES, J.R.; ZOBOLI E.L.C.P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 1049-1060, 2012.
- LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 2001.
- MINAYO M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- MOURA, R.C.; PERES, V.L.A.; GONZÁLEZ REY, L. Doenças crônicas, subjetividade e construção de categorias da saúde. *Estudos*, Goiânia, v. 38, n.01/03, p.173-195, 2011.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Abrasco, 2001.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18044>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- SERRA M.A. El factor tiempo en el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C. *Revista Española de enfermedades digestivas*, Madrid, v. 100, n. 4, p. 230-235, 2008.
- VALENÇA, J.; FONSECA, A.B. Processos e percepções de cura a partir do levantamento da produção acadêmica brasileira sobre religião e saúde. *Mediações - Rev Ciênc Soc. Antropol e Saúde*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 99-112, 2006.
- VELOSA J. *et al.* Recomendações para a terapêutica da hepatite C. *J Port Gastrenterol*, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 133-139, 2012.
- WILLIAMS, G. The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of health and illness*, New York, v. 6, n. 2, p. 175-200, 1984.

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em março de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG

Educational intervention about leprosy in user population of basic health units in Uberaba-MG

Ana Jotta Moreira¹, Juliane Moreira Naves², Luciane Fernanda Rodrigues Martinho Fernandes³, Shamyry Sulyvan de Castro⁴, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh⁵

¹Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba (MG), Brasil.
anjotta@gmail.com

²Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba (MG), Brasil.
juliane675@hotmail.com

³Doutora em Educação Física pela Universidade Federal de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba (MG), Brasil.
lfrm@terra.com.br

⁴Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil. Professor adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba (MG), Brasil.
shamyrysulyvan@gmail.com

⁵Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - São Carlos (SP), Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba (MG), Brasil.
ewalsh@terra.com.br

RESUMO: O objetivo do estudo foi o de avaliar o efeito de uma intervenção educativa sobre o conhecimento acerca da hanseníase em usuários das Unidades Básicas de Saúde de Uberaba-MG. Trata-se de pesquisa de intervenção de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Aplicou-se questionário antes e após a intervenção educativa, que abordou sinais e sintomas, meios de transmissão, complicações e tratamento da hanseníase. Participaram 88 mulheres e oito homens com idade média de 57,06±1,79 anos. Observou-se que ainda é grande a desinformação da população. No entanto, a importância da estratégia de educação em saúde pôde ser confirmada pelo satisfatório acréscimo de conhecimento, favorecendo a prevenção e diagnóstico precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Educação em saúde; Conhecimento.

ABSTRACT: *The objective of this study was to evaluate the effect of an educational intervention on the knowledge about Leprosy on users of the Basic Health Units of the city of Uberaba-MG, Brazil. This was an intervention research of descriptive nature and quantitative approach. A questionnaire was applied before and after the educational intervention addressing signs and symptoms, means of transmission, complications and treatment of leprosy. The sample contained 88 women and eight men with an average age of 57.06±1.79 years. It was observed that the population unawareness about the disease is still large. However, the importance of the health education action could be confirmed by the satisfactory knowledge increase, easing the prevention and early diagnosis.*

KEYWORDS: *Leprosy; Education in health; Knowledge.*

Introdução

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa de evolução lenta, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que pode acometer qualquer pessoa, em qualquer faixa etária. Manifesta-se principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e lesões de nervos periféricos, em especial o mediano, radial, ulnar, tibial, fibular e o facial. Os primeiros sintomas são manchas brancas e vermelhas, que podem surgir em qualquer parte do corpo. O comprometimento dos nervos periféricos é a principal característica da doença e possui grande potencial para provocar incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades (BRASIL, 2008A; BRASIL, 2008B).

Essas incapacidades e deformidades podem acarretar múltiplos problemas para o paciente com hanseníase, como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito contra os portadores da doença (CORLIANO-MARINUS ET AL, 2012).

No que concerne à sua transmissão, acredita-se que ocorra pelo contato íntimo e prolongado de indivíduo suscetível com paciente bacilífero, através da inalação dos bacilos (HUANG, 1980; MILEP2 STUDY GROUP, 2000). É necessário, entretanto, um longo período de exposição ao agente. O aparecimento da doença na pessoa infectada depende da relação parasita-hospedeiro. Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influem no risco de adoecer. No entanto, a cadeia de transmissão é interrompida quando o doente inicia o tratamento quimioterápico, deixando de ser transmissor, pois as primeiras doses da medicação reduzem os bacilos a um número que impede a infecção de outras pessoas (BRASIL, 2002B).

Apesar de todo o conhecimento já existente, ainda se observa grande carga de estigma e preconceito quanto a essa doença, o que dificulta a execução de medidas de controle e profilaxia. Nesse caso, o uso da educação em saúde é um instrumento necessário para o esclarecimento de suas reais consequências e, especialmente, de suas formas de prevenção, de modo a desmistificar os aspectos negativos, tais como incurabilidade, mutilação, rejeição e exclusão social (CORLIANO-MARINUS ET AL, 2012).

Atualmente, a hanseníase é considerada um relevante problema de saúde pública no Brasil (ARAÚJO, 2003), já que é o segundo país com maior número de casos, respondendo, em 2003, por 9,6% dos casos detectados no mundo (WHO, 2011).

Comparado a outros estados brasileiros, Minas Gerais apresenta um quadro melhor, com 1,2/10.000 em 2006 (BRASIL, 2007). A cidade de Uberaba apresenta uma queda dos níveis de prevalência, entretanto, seus valores ainda ultrapassam os de Minas Gerais (CURTO; PASCHOAL, 2005). No período de 2000 a 2006 a Secretaria Municipal de Saúde desse município registrou 455 casos, com uma média de 65 casos novos por ano, com média anual de taxa de incidência de 2,7 casos/10.000 habitantes (MIRANZI ET AL, 2010).

Assim, ações de eliminação da hanseníase devem ser intensificadas. Sabe-se que a melhor maneira de se controlar a doença é o diagnóstico precoce, que, por sua vez, exige um trabalho sistematizado de orientação da população quanto aos seus sinais e sintomas. As estratégias de educação em saúde em sala de espera se fazem importantes, pois podem promover a participação do usuário no processo de discussão, reduzindo as barreiras de conhecimento sobre a doença e favorecendo sua prevenção e diagnóstico precoce.

Por essas razões, o objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento sobre a hanseníase em usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Uberaba-MG.

Metodologia

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa de intervenção, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. A população foi composta por 96 adultos e idosos usuários de duas UBS onde há atuação do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro na cidade de Uberaba. A coleta ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2012.

Os critérios de exclusão adotados foram os adultos e idosos com problemas auditivos severos e com déficits cognitivos que impedissem a compreensão do questionário e os que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nas salas de espera das unidades básicas de saúde, aplicou-se um questionário antes da ação educativa que visou avaliar os conhecimentos prévios da população em relação à hanseníase. Dele constaram os dados sociodemográficos (idade, sexo, grau de escolaridade e ocupação) e questões com alternativas certas e erradas, baseados no Guia de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002B). As questões foram divididas em três blocos, sendo um referente aos meios de transmissão, o segundo, aos sinais, sintomas e consequências e o terceiro, em relação ao tratamento da hanseníase.

Para cada alternativa apresentada o usuário poderia assinalar 'sim', 'não' ou 'não sei'. Esse instrumento foi previamente testado com 14 indivíduos, para adequação e entendimento. Caracterizou-se por uma linguagem simples, adaptada à realidade dos usuários. Os indivíduos alfabetizados responderam ao questionário sem ajuda, enquanto que, para os analfabetos ou com dificuldade, o entrevistador fez a leitura, assinalando a resposta indicada pelo entrevistado.

Em seguida, promoveu-se atividade educativa com o intuito de informar a respeito da hanseníase, considerando os sinais e sintomas, meios de transmissão, complicações, prevenção e tratamento, com duração

aproximada de 15 minutos, utilizando uma linguagem simples, uso de materiais didáticos como cartazes e figuras ilustrativas motivadoras de discussão e com espaço aberto para esclarecimento de dúvidas. Após a atividade, aplicou-se novamente o questionário com a finalidade de averiguar a eficácia da intervenção educativa sobre a hanseníase. Finalmente, os usuários receberam uma cartilha com informações sobre a doença.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o número 1776, seguindo a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos.

Todos os usuários foram devidamente informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE. Para garantir a confidencialidade e a privacidade, identificaram-se os participantes por números.

Os resultados obtidos a partir das informações coletadas foram apresentados de forma descritiva, com as porcentagens e frequências simples. O Teste Qui-quadrado foi utilizado para a comparação antes e após a intervenção. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Participaram da pesquisa 96 indivíduos com idade média de $57,06 \pm 1,79$ anos. Os resultados das variáveis sociodemográficas estão na *tabela 1*. Observa-se que a maioria dos respondentes eram mulheres (91,7%), com ensino fundamental completo ou incompleto (76%), donas de casa (50%) ou aposentadas (31,3%).

Os resultados do conhecimento sobre os mecanismos de transmissão da hanseníase estão na *tabela 2*. Considerando que a resposta correta seria que a transmissão se dá por meio do sistema respiratório, observa-se que antes da ação educativa somente sete indivíduos (7,3%) conheciam o mecanismo de transmissão da doença, enquanto que após a

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos participantes

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	8	8,3
Feminino	88	91,7
Escolaridade		
Analfabeto	8	8,3
Ensino fundamental completo ou incompleto	73	76
Segundo grau completo ou incompleto	14	14,6
Superior	1	1,4
Ocupação		
Dona de casa	48	50
Ferrovário	2	2,1
Comerciante	3	3,1
Trabalhador rural	5	5,2
Empregada doméstica	6	6,3
Aposentado	30	31,3
Professore	2	2,1
Renda		
Até um salário mínimo	55	57,3
1 a 3 salários mínimos	34	35,4
3 a 10 salários mínimos	7	7,3
Total	96	100

Fonte: Elaboração própria

ação educativa houve um aumento estatisticamente significativo, com 83 (86,5%) acertos.

Ainda, antes da ação educativa, somente 14 (14,6%) sabiam que ela não se transmite através da pele, 27 (28,1%) que não é hereditária e 33 (34,4%) que a transmissão não se dá por meio de objetos pessoais. Após a ação educativa houve um aumento estatisticamente significativo de acertos quanto a não transmissão através da pele e hereditariedade. O número de indivíduos que responderam não saber para cada um dos itens sobre os mecanismos de transmissão foi

reduzido de 52 (54,2%) para 4 (4,2%).

Em relação aos resultados sobre o conhecimento da população acerca dos sinais, sintomas e consequências da hanseníase (tabela 3), observa-se que antes da ação educativa somente 54 entrevistados (56,3%) sabiam que a hanseníase causa manchas brancas e vermelhas. Esse número aumentou para 85 (89,4%) após a ação, mas o resultado não foi significativo. Antes, 42 (43,8%) sabiam inicialmente que a hanseníase pode causar perda de sensibilidade, número que passou para 81 (88,5%) depois da intervenção, com significância estatística.

Tabela 2. Resultados do conhecimento da população sobre as formas de transmissão da hanseníase, antes e após a ação educativa

A hanseníase é transmitida através do (a)	Certo		P
	Antes N(%)	Depois N(%)	
Sexo	38(39,6)	82(85,4)	0,64
Sistema Respiratório	7(7,3)	83(86,5)	0,00
Objetos pessoais	33 (34,4)	73 (76)	0,41
Pele	14 (14,6)	76 (79,2)	0,00
Hereditariedade	27 (28,1)	78 (81,3)	0,00

Fonte: Elaboração própria

Ainda, 44 (45,8%) acreditavam que a hanseníase não causa problemas nos rins e intestinos, aumentando para 77 (80,2%) após a ação. Também, somente 24 (25%) dos indivíduos sabiam que a hanseníase pode causar dormência, aumentando para 72 (75%) após a intervenção. Ambos os resultados com evidência de diferença estatística.

Ainda, houve um aumento, embora sem significância, de indivíduos que responderam

corretamente que a hanseníase não causa problemas pulmonares, cardíacos ou psiquiátricos após a ação educativa. O número de indivíduos que responderam não saber foi reduzido de 28 (29,2%) para um (1%).

Os resultados referentes ao conhecimento sobre o tratamento da hanseníase estão na *tabela 4*. Observa-se que antes da ação educativa somente 49 (51%) dos indivíduos sabiam que os medicamentos para tratamento

Tabela 3. Resultados do conhecimento da população sobre os sinais, sintomas e consequências da hanseníase, antes e após a ação educativa

A hanseníase pode causar	Certo		P
	Antes N(%)	Depois N(%)	
Perda de sensibilidade	42 (43,8)	81 (88,5)	0,00
Problemas nos rins e intestinos	44 (45,8)	77 (80,2)	0,02
Manchas brancas e vermelhas	54 (56,3)	85 (89,4)	0,07
Problemas cardíacos	53 (55,2)	80 (83,3)	0,31
Dormência	24 (25)	72 (75)	0,00
Problemas pulmonares	51 (53,1)	74 (77,1)	0,67
Problemas psiquiátricos	53 (55,2)	80 (83,3)	0,31

Fonte: Elaboração própria

Tabela 4. Resultados do conhecimento da população sobre o tratamento da hanseníase, antes e após a ação educativa

Como é o tratamento da hanseníase	Certo		P
	Antes N(%)	Depois N(%)	
Medicamentos oferecidos pelo SUS	49 (51)	86 (89,6)	0,00
Transmissão da doença pelo doente em tratamento	19 (19,8)	51 (53,1)	0,00
Cura após a conclusão do tratamento	57 (59,4)	80 (83,3)	0,00

Fonte: Elaboração própria

da hanseníase são gratuitos e oferecidos pelo SUS e esse número aumentou significativamente após a ação, passando para 86 (89,6%).

Somente 19 (19,8%) sabiam que a hanseníase não se transmite pelo doente que está em tratamento, com resultado estatisticamente significativo após a ação, quando este número passou para 51(53,1%). Antes, 57(59,4%) sabiam que a doença se cura através do tratamento, e este número aumentou significativamente para 80 (83,3%) após a ação.

Discussão

Este estudo revelou que ainda é relativamente grande o desconhecimento da população avaliada sobre a hanseníase. Esse fato é preocupante, uma vez que a falta de conhecimento pode levar a um diagnóstico tardio, incapacidades e sequelas, com um aumento no número de indivíduos infectados. Além disso, evidenciou que ações educativas objetivando combater esta desinformação por parte dos usuários têm efeito positivo, contribuindo para o aumento do conhecimento a respeito da doença.

Com relação aos mecanismos de transmissão da doença, observou-se que apenas sete indivíduos sabiam que a hanseníase é transmitida pelo sistema respiratório e somente 14 que ela não se transmite através da pele. As concepções errôneas em relação aos modos de transmissão também foram demonstradas no estudo de Cavaliere e

Grynszpan (2008), no qual se relata a transmissão da doença pelo ar, vias sexuais, hereditariedade, contato sanguíneo através de drogas injetáveis ou transfusão de sangue e falta de higiene. Ainda, estudo de Mendes (2007) apurou as opiniões de pessoas acometidas pela doença, observando que 6,5% declararam que foram orientadas a separar seus objetos pessoais na unidade de saúde.

Estudo realizado por Simpson *et al.* (2011) com escolares do ensino fundamental revelou que, na realização do pré-teste, cerca de 44,4% respondeu que não sabia por qual micro organismo a hanseníase era causada e sua forma de transmissão, mostrando que, embora, atualmente, essa patologia seja discutida e divulgada por ser um problema de saúde pública, ainda é bastante desconhecida pela população. Percebeu-se que muitos já ouviram falar sobre a doença, mas não sabem dizer como se adquire, suas causas, dentre outros fatores. No entanto, após a realização de uma mini palestra sobre o tema, verificou-se que os dados mudaram e quase a totalidade dos alunos (84,10%) passaram a conhecer a respeito da variável questionada, reforçando, assim, a necessidade de se realizarem palestras educativas como forma de disseminar a informação e oferecer maior prevenção para tal condição patológica.

O número significativo de acertos apresentados neste estudo pós-ação educativa também confirma a importância do compromisso dos profissionais da saúde em realizar

ações preventivas, promocionais e medidas educativas com o intuito de ampliar o conhecimento da população em geral.

A partir deste estudo, verificou-se que um grande número de indivíduos relacionou a hanseníase a problemas cardíacos, pulmonares e psiquiátricos e não com problemas de perda de sensibilidade e dormência. Outros estudos também verificaram esse desconhecimento. Em estudo realizado na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, observou-se que apenas 5,9% da população entrevistada foi capaz de reconhecer as manifestações iniciais relacionadas à hanseníase (JOFFE ET AL., 2003; OLIVEIRA ET AL., 2003).

Morais *et al.* (2009) relataram que 80% da população vinculou as feridas na pele como principal sintoma e aproximadamente 37% dos entrevistados acreditavam que o principal sintoma da hanseníase ainda está vinculado às feridas na pele com perda das extremidades distais. Souza *et al.* (2006), avaliando a população de Barreiras-BA, revelaram que 80% já tinham ouvido falar sobre a doença. Porém, apesar de a maior parte saber que é uma doença infectocontagiosa, 60% não souberam reconhecer os respectivos sinais e sintomas.

Os resultados deste estudo indicaram que, após ação educativa, houve um aumento no número de acertos em todos os itens avaliados e que o número de indivíduos que responderam não saber reduziu de 28 para um, ressaltando a importância da educação em saúde para o incremento do conhecimento da população. No entanto, os aumentos não foram significativos para os itens manchas brancas e vermelhas, problemas cardíacos, pulmonares e psiquiátricos, revelando a necessidade de que as ações os abordem de forma ainda mais esclarecedora.

Lanza (2009) relata que a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase é uma ação que conscientiza e alerta a comunidade sobre os benefícios do diagnóstico precoce, na medida que a população esclarecida traz novos casos, melhorando, assim, o acesso aos serviços de saúde. Defende, também, que as

atividades educativas realizadas em serviço, pelo profissional de saúde, devem se tornar rotineiras, com o objetivo de disseminar informações e manter ou aprofundar o conhecimento da população sobre a doença.

Ainda, Resende *et al.* (2009) relatam que os principais motivos da alta prevalência e diagnóstico tardio de hanseníase na cidade de Anápolis/GO é consequência, entre outros fatores, da ausência de educação continuada aos profissionais da saúde, falta de ações educativas em nível comunitário e familiar e déficit no conhecimento da população acerca da doença, fazendo-se necessária a divulgação intensiva dos seus sinais e sintomas por meio de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa.

Quanto às informações sobre o tratamento da doença, neste estudo, somente 51% dos indivíduos sabiam que os medicamentos são oferecidos pelo SUS. Ainda, e talvez o mais importante, somente 19,8% sabia que o doente em tratamento não transmite a doença, sendo essa questão muito importante para a luta contra o preconceito que ainda permeia nossa realidade, uma vez que se sabe que o estigma ligado à hanseníase ainda ocorre, sendo por isso uma condição complexa, que exige um processo de mudança gradativa (JUNQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). No entanto, mais uma vez, a ação educativa mostrou-se importante, já que, nos resultados pós-ação, as três perguntas avaliadas mereceram mudança significativa e satisfatória.

Os dados apresentados neste estudo mostram que ainda é grande o desconhecimento da população. Assim, para o Brasil atingir uma taxa de prevalência menor do que um caso por 10.000 habitantes, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é necessária a devida intervenção em cada município brasileiro, para o qual, portanto, deve haver uma participação intensa de cada unidade básica de saúde (BRASIL, 2002A; BRASIL, 2006).

Ceccim (2005) descreve uma rede de ensino-aprendizagem na rede pública de saúde, discutindo a relevância e a viabilidade

de disseminar a capacidade pedagógica por toda a rede do Sistema Único de Saúde, sendo o ensino uma das metas formuladas mais nobres da saúde coletiva no Brasil.

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (CONASS, 2008) sugere que as salas de espera das Unidades de Atenção Básica e Estratégias de Saúde da Família (ESF) devem ser um local adequado para esse tipo de intervenção, pois, além de existirem em 50% dos municípios brasileiros, têm por objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua. Ainda, Cunha *et al.* (2007) relatam que a realização de atividades educativas junto à comunidade a partir das unidades de saúde proporcionou à população de um município endêmico do Rio de Janeiro melhoria de conhecimento sobre a doença, e esse fato pode influenciar no aumento da detecção de casos novos na forma inicial da doença.

Neste estudo, a relevância da ação educativa também pôde ser confirmada pelo satisfatório acréscimo de conhecimento a essa população quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase, uma vez que propiciou aumento significativo no número de acertos para a maioria dos tópicos avaliados, com grande redução no número de 'Não Sei' nas questões. Diante disso, constata-se a imprescindível necessidade do desenvolvimento contínuo de práticas que atuem na educação em saúde como forma de prevenir a hanseníase e, dessa forma, impedir a cadeia epidemiológica da doença, contribuindo para sua erradicação.

Apesar de a ação em saúde ter se mostrado efetiva, essa ferramenta não pode ser vista como única e absoluta para que se tenha a tão desejada e necessária erradicação da doença no nosso País. São, também, necessários estudos epidemiológicos fidedignos e profissionais capacitados ao tratamento.

Ainda, as iniciativas em salas de espera devem andar junto com a divulgação em meios

de comunicação. Em avaliação de uma campanha de mídia para eliminação de hanseníase no Brasil, constatou-se que a informação a respeito dos sinais e sintomas foi de fácil recordação, uma vez que 74% das 1000 pessoas expostas aos anúncios de prevenção desta doença lembraram-se das mensagens principais, entre elas manchas na pele, falta de sensibilidade e dormência como sinais de hanseníase (BBC WORLD SERVICE TRUST, 2003). Assim, é importante que o Ministério da Saúde invista em materiais audiovisuais e pedagógicos, como folders e cartazes, uma vez que ainda se vivencia a subutilização desses materiais no Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA *ET AL.*, 2008).

Nesse sentido, desde a década de 1980, o Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) promove campanhas de divulgação na mídia televisiva e radiofônica com vistas a um maior conhecimento da doença pela população. Outra iniciativa é a produção de cartazes, folhetos e cartilhas para a distribuição nos serviços de saúde pública e *outdoors* e *busdoors*, para afixar em locais de grande circulação e nos ônibus dos diferentes estados (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

Quanto às limitações do estudo, pode-se citar o fato que não permitiu o acompanhamento longitudinal dos indivíduos para que fosse possível avaliar se o conhecimento adquirido se manteve em longo prazo, sob o domínio desta população. Além disso, estudos que comparem diferentes metodologias de ação educativa poderão contribuir para o planejamento destas, garantindo estratégias cada vez mais eficazes na prevenção e diagnóstico precoce desta doença.

Conclusão

A ação educativa realizada demonstrou ser eficaz no nível de conhecimento da população sobre a hanseníase, uma vez que houve aumento significativo no número de acertos, após sua prática, para a maioria dos itens avaliados.

Os resultados aqui revelados serão

encaminhados à Secretária Municipal de Saúde do município e à direção das UBS onde as intervenções foram realizadas, com o objetivo de que este tema seja abordado pela política de sala de espera já utilizada na rede básica de saúde. Os autores da pesquisa também se colocaram à disposição dos gestores locais e municipais, caso necessitem de auxílio na implantação ou replicação da proposta testada neste estudo.

Ainda, os resultados serão divulgados à comunidade da Universidade Federal do

Triângulo Mineiro por meio de apresentações em Encontros, Simpósios e Jornadas, possibilitando a sensibilização de diversas áreas de conhecimento, que deverão levar em conta este tema nos serviços prestados à comunidade por meio dos estágios curriculares, do PET Saúde e outros projetos de extensão e pesquisa.

Dessa forma, a academia cumpre seu papel de gerador de conhecimento e auxílio aos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população. ■

Referências

- ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 36, n.3, p.373-382, 2003.
- BBC WORLD SERVICE TRUST. *Campanha para eliminação da hanseníase no Brasil: relatório executivo*. Curitiba: Lizz Frost Consultoria de Pesquisa, 2003. 11 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. (DATASUS). *Informações de Saúde: Epidemiológicas e Morbidades*, 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hans/hanswMG.def>>. Acesso em: 27 maio 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Caderno 10: guia para controle de Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Cadernos de atenção básica).
- _____. _____. *Hanseníase: atividade de controle e manual de procedimentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Informe da Atenção Básica n. 42).
- _____. _____. *Hanseníase e direitos humanos: deveres e direitos dos usuários do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- _____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM de 30 de março de 2006. *Aprova a política de promoção em saúde*. 2008b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/950-687.html?q=>>>. Acesso em: 02 nov. 2011.
- CAVALIERE, I.A L.; GRYNSZPAN, D. Fábrica de imaginário, usina de estigmas: conhecimento e crenças de uma comunidade escolar sobre hanseníase. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 345-362, 2008.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n.16, p. 161-77, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). [Internet]. 2008. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/qualificacao_da_vigilancia_dos_contatos_hanseníase_teresina.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2011.

- COROLIANO-MARINUS, M.W. L. *et al.* Saúde do escolar: uma abordagem educativa sobre Hanseníase. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v.3, n.1, p.72-78, 2012.
- CUNHA, M.D. *et al.* Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença em município endêmico do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1187-97, 2007.
- CURTO, M.; PASCHOAL, V.D. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. *Arq Cienc Saude*, São José do Rio Preto, v.12, p. 183-195, 2005.
- HUANG, C.L. The transmission of leprosy in man. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, Washington (DC), v. 48, n 3, p. 309-18, 1980.
- JOFFE, R.A. *et al.* Diagnóstico precoce da hanseníase: identificação de lesão inicial pela população de região metropolitana do Rio de Janeiro. *Hansen Int*, São Paulo, v. 28, p. 65-70, 2003.
- JUNQUEIRA, T.B.; OLIVEIRA, H.P. Lepra/hanseníase - passado - presente. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 1, n. 2, p. 263-266, 2002.
- LANZA, F.M. *Tecnologia do processo de trabalho: análise das ações de controle a microrregião de Almenara, Minas Gerais*. 2009. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- MENDES, C.M. Conhecimento científico versus manutenção de crenças estigmatizantes - reflexões sobre o trabalho do psicólogo junto aos Programas de Eliminação da Hanseníase. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del Rei, v. 2, n. 1, p. 140-151, 2007.
- MILEP2 Study Group. Approaches to studying the transmission of Mycobacterium leprae. *Lepr Rev*. London, v. 71, n. suppl. 26, p. 9, 2000.
- MIRANZI, S.S.C.; PEREIRA, L.H.M.; NUNES, A.A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.
- MORAIS, J.P. *et al.* Visão da população do município de São Paulo quanto à ocorrência da hanseníase e seu comportamento para a prevenção. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 201-205, 2009.
- OLIVEIRA, M.L.W. *et al.* A representação social da hanseníase, trinta anos após a substituição da terminologia “lepra” no Brasil. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.10, n. suppl 1, p. 41-8, 2003.
- RESENDE, D.M.; SOUZA, R.M.; SANTANA, C.F. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Hansen Int*, São Paulo, v.34, n.1, p. 27-36, 2009.
- SIMPSON, C.A.; PINHEIRO, M.G.C.; DUARTE, L.M.C.P.S. *et al.* Conhecimento de escolares do ensino fundamental quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase. *Rev enferm UFPE on line*, Pernambuco, v. 5, n. 5, p. 1161-167, 2011.
- SOUZA, B.C.C. *et al.* A informação como meio de prevenção da hanseníase: um estudo na cidade de Barreiras-BA. 2006. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/doencas/hanseníase/hanseníase_bianca.htm>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- TEIXEIRA, R.; GALICIELLI, R.; ROSÉLIA, F. *Mobilização social: um modelo para ação*. Diamantina: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.
- VELLOSO, P.A.; ANDRADE, V. *Hanseníase: curar para eliminar*. Porto Alegre: Edição das Autoras; 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Weekly epidemiological record*, Geneva, v. 86, n. 36, p. 389-400, 2011.

Recebido para publicação em novembro de 2012

Versão final em março de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde

*Sexual and reproductive rights: perception of professionals engaged
in the primary health care*

Adriana Lemos¹

RESUMO: Este estudo objetivou identificar a percepção de enfermeiras e assistentes sociais, que realizaram capacitação de ações educativas em contracepção, sobre direitos sexuais e reprodutivos e sua importância na promoção desses direitos. Realizou-se observação participante, com entrevistas e análise documental. Os resultados revelam restrito conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, permitindo concluir que a realização de treinamento não garante, necessariamente, a reflexão e a transformação das opiniões e práticas, desafio que se põe aos gestores da atenção à saúde e aos órgãos de formação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos sexuais e reprodutivos; Capacitação profissional; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: *This study aimed to identify the perceptions of nurses and social assistants, who attended educative action training in contraception, on sexual and reproductive rights and its importance to the promotion of these rights. A participant research was conducted by means of interviews and documentary analysis. The results reveal restricted knowledge of sexual and reproductive rights, allowing to conclude that training does not necessarily assure reflection and transformation of opinions and practices, a challenge posed to health care managers and health training bodies.*

KEYWORDS: *Sexual and reproductive rights; Professional training; Primary health care.*

¹Doutora em Saúde
Coletiva pela Universidade
Estado do Rio de Janeiro
(UERJ) – Rio de Janeiro
(RJ), Brasil. Professora
adjunto da Universidade
Federal do Estado do
Rio de Janeiro (Unirio) –
Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
adrilemosp@gmail.com

Introdução

Os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos e, basicamente, abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção autodecidida.

Petchesky (2000), discutindo a questão dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e integrantes das necessidades humanas básicas, afirma que a reprodução, a sexualidade e a saúde têm a mesma importância que os direitos sociais e econômicos. Todos são interdependentes e indivisíveis, e, no âmbito da atenção a saúde, esse reconhecimento é fundamental para a eficaz implementação das diretrizes governamentais (ROSAS, 2005).

No Brasil, o conceito de direitos reprodutivos começou a ser formulado a partir da reflexão das mulheres a respeito do exercício de sua função reprodutiva, de seu papel e de suas condições na sociedade (ÁVILA, 1989). A mudança da terminologia 'saúde da mulher' para a de 'conceito de direitos reprodutivos' passou a ser empregada sistematicamente no início dos anos 1980, quando havia participação ativa de um grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã. Porém, esse termo só foi consagrado na década de 1990 quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou reuniões temáticas internacionais, nas quais questões relativas ao gênero, saúde, equidade, autonomia, direitos humanos, dentre outras, foram reafirmadas e reforçadas mutuamente.

O panorama que se tem construído nas últimas décadas é o entendimento de que os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte dos direitos humanos. Como nos diz Barsted (2005, p. 15)

[...] A vivência da sexualidade importa não apenas a liberdade e a autonomia, mas também todo o conjunto de direitos de

cidadania. Na linha de discussões sobre os direitos humanos, o movimento de mulheres tem tido participação importante em debates que transcendem o aspecto da reprodução, sobretudo os diversos aspectos que implicam relações de gênero desiguais.

Pode-se afirmar que os direitos reprodutivos são entendidos como "a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir-se, quando e com que frequência se reproduzir" (PETCHESKY, 1999, p. 21). Além disso, esse conceito é um instrumento de ação política, que permite o deslocamento da discussão de temas como aborto, homossexualidade, concepção, contracepção e mortalidade materna, antes restritos aos aspectos legais e de saúde, para o campo dos direitos humanos (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Já o conceito de direitos sexuais, que tem uma história ainda mais contemporânea, origina-se nos movimentos gays e lésbicos interessados na anulação da estigmatização das chamadas sexualidades alternativas, e abrange fundamentalmente o exercício da vivência da sexualidade, da livre escolha de parceiros e práticas sexuais sem constrangimento ou discriminação.

O efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva e que têm na Atenção Primária em Saúde (APS) uma das suas grandes áreas de atuação. Portanto, a exigência de que o Estado garanta esses direitos está intimamente articulada ao trabalho dos profissionais de saúde, de modo que, dependendo de seu posicionamento no atendimento à clientela, tal garantia pode ser comprometida.

A formação profissional em saúde não contempla em seus projetos pedagógicos a discussão sobre atenção à saúde na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e tampouco em educação permanente ou continuada nos serviços de saúde. Pesquisa que visou a identificar conteúdos referentes aos Direitos Humanos Sexuais e Reprodutivos (DHSR) nos programas de disciplinas das

áreas de saúde da mulher, saúde do adolescente e saúde coletiva dos quatro cursos de graduação em enfermagem e de três de medicina das universidades públicas do Estado do Rio de Janeiro, descobriu que esse tema foi mencionado apenas no item ‘Referência bibliográfica’ de um programa do curso de enfermagem (XAVIER ET AL., 2013).

No Município do Rio de Janeiro, nos anos de 1990, profissionais de saúde ligadas ao movimento feminista assumiram a Gerência do Programa da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (GPM-SMS/RJ), que incluía a capacitação de profissionais de saúde. Destaca-se, à época, a criação de um Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher – Espaço Mulher. Esse centro iniciou suas atividades em 1993 com o objetivo de capacitar profissionais para o trabalho educativo na área da contracepção. A proposta educativa do centro considerava não apenas os aspectos técnicos e biológicos, mas, antes de tudo, as questões relativas ao gênero, à sexualidade, à autonomia e à liberdade da mulher. Foram ministrados 21 cursos regulares para profissionais de nível superior e oito para os de nível médio, com carga horária média de 90 horas. O módulo teórico se desenvolvia por meio de metodologia participativa, com dinâmicas de grupo, leituras e debates. Seu propósito era fomentar a discussão e a troca de experiências sobre temas, como gênero, sexualidade e contracepção. O módulo prático previa a observação de grupos de contracepção e o treinamento em consultório para uso de métodos contraceptivos, como o dispositivo intrauterino (DIU) e o diafragma. Cada profissional optava pela Unidade Básica de Saúde (UBS) em que fazia a parte prática (SILVA ET AL., 2002).

No cotidiano dos serviços de APS, os profissionais se deparam com questões relacionadas à sexualidade ou reprodução, demandas como gravidez não planejada, aborto, esterilização, planejamento reprodutivo, contracepção de emergência, enfim, questões

diretamente ou indiretamente associadas aos DHSR que estão presentes diariamente. Portanto, práticas pautadas na integralidade da atenção, assim como o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros princípios, que devem nortear as práticas profissionais no âmbito da atenção à saúde.

Dessa forma, uma iniciativa de inclusão de tais temas em capacitações específicas, como é o curso tratado neste artigo, é de grande importância, sobretudo por estar voltado aos profissionais que estão na porta de entrada preferencial do sistema de saúde: a atenção básica.

Trata-se de recorte da pesquisa de doutorado que teve como cenário de investigação etnográfica o desenvolvimento do Curso sobre Contracepção. Esse curso, com carga horária de 92 horas distribuídas em módulos teórico e prático, contemplou profissionais de nível superior, inseridos ou que desejavam atuar na área de saúde da mulher, do adolescente ou da família no Município do Rio de Janeiro. Perguntava-se se os profissionais que realizaram o curso reconhecem que suas ações estão no âmbito da promoção e garantia dos DHSR? E o que eles entendem sobre esses direitos?

Entender tais questões na perspectiva dos direitos é um desafio para profissionais de saúde que, por meio de sua prática, têm papel fundamental não só na construção de boas práticas não discriminatórias como também na promoção, proteção e garantia dos DHSR. Dito de outra forma, o objetivo foi identificar a percepção de enfermeiras e assistentes sociais que realizaram capacitação de ações educativas em contracepção sobre direitos sexuais e reprodutivos e sua relação na promoção desses direitos.

Metodologia

Este foi um estudo descritivo com abordagem qualitativa, na perspectiva etnográfica (BECKER, 1993). O universo empírico e lócus de

observação foram o local de realização/desenvolvimento do módulo teórico do Curso Programa de Atenção à Saúde da Mulher-Contraceção (PAISM), os espaços de desenvolvimento do módulo prático (as unidades em que as participantes fizeram a parte prática do Curso, bem como os locais de trabalho das participantes, onde houve o desenvolvimento dos grupos educativos de contraceção). As anotações providas das observações foram descritas em um diário de campo.

O módulo teórico do Curso de PAISM-Contraceção aconteceu durante dois meses, nas segundas e quartas-feiras, de 8h30 às 17 horas. No primeiro dia do curso, aplicou-se um questionário pré-curso para os 22 participantes inscritos, contendo questões sobre a idade, formação profissional, situação marital, filhos, religião etc., e ainda questões sobre o entendimento dos participantes sobre direitos sexuais e reprodutivos, sexualidade, aborto, além de seus interesses e expectativas quanto ao curso, dentre outras. Somente 20 pessoas o preencheram: 13 enfermeiras, um enfermeiro, cinco assistentes sociais e uma médica.

A observação participante se deu por meio da observação do desenvolvimento do módulo teórico (metodologias utilizadas, temas, postura das participantes e coordenadoras etc.) e ocorreu por dois meses, duas vezes na semana em período integral durante a realização do curso. Aspectos como disposição das cadeiras, materiais e técnicas utilizadas, assim como a descrição de todas as atividades propostas pela coordenação da atividade, variavam conforme o tema a ser trabalhado e realizado pelo grupo. Por exemplo: violência contra mulher, aborto, métodos contraceptivos, práticas educativas.

Após o término do módulo teórico, realizaram-se as entrevistas gravadas por meio de equipamento digital. A seleção das participantes para as entrevistas ocorreu ao longo do trabalho de campo e se pautou na análise das respostas dos 20 questionários preenchidos no início do curso e nas atitudes observadas

durante o curso, tais como a ambivalência frente a temáticas consideradas centrais nesta pesquisa, além da disponibilidade pessoal para participação. As entrevistas foram realizadas ao longo de 13 meses e o roteiro de entrevista abordava questões abertas a respeito da opinião sobre o curso, sobre o conteúdo abordado e, sobretudo, sobre temas específicos como direitos sexuais e reprodutivos e sexualidade. Um enfermeiro e uma médica também foram entrevistados, mas o material foi excluído da investigação por questões éticas, já que ele era o único homem do grupo e ela, a única médica. Tal condição possibilitaria a identificação dos dois profissionais quando da apresentação deste estudo.

A não realização do módulo prático e a não implantação e desenvolvimento dos grupos educativos em seus locais de trabalho por algumas treinandas após o curso consistiu em entrave significativo ao processo de composição do grupo de participantes para a realização de mais entrevistas. Por fim, sete enfermeiras e quatro assistentes sociais foram entrevistadas.

As entrevistas e o material da observação participante foram analisados por meio de análise temática (BARDIN, 2006). De acordo com essa técnica, por meio de uma matriz de análise, são identificados núcleos de sentido. Esses últimos fazem parte de uma comunicação cuja frequência tem significado na medida em que a presença de determinados temas se relaciona a valores de referência e modelos de comportamento das entrevistadas.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos estabelecidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o parecer nº 58A/2006 e protocolo de pesquisa nº 21/2006. As participantes foram apresentadas com nomes fictícios (Amanda, Beatriz, Catarina, Débora, Elza, Fabrícia, Gisele, Helena, Isadora, Júlia e Lívia) e sem identificação de categoria

profissional, pois não houve distinção substancial em seus discursos.

Resultados e discussão

Das 11 participantes, seis se auto identificaram como brancas, três como negras, uma como parda e uma como parda/negra. Quanto à idade, quatro tinham entre 28 e 34 anos, cinco entre 41 e 46 anos e duas entre 53 e 60 anos. A orientação religiosa católica foi referida por sete das participantes, a evangélica por três, e o espiritismo por uma. Quanto à situação conjugal, seis são casadas ou vivem em união consensual, três solteiras, uma divorciada e uma não respondeu. Quanto ao número de filhos, quatro não têm filhos. Cinco das participantes moram na zona norte, duas na zona oeste, duas na zona sul e duas na baixada fluminense. A renda familiar variou entre R\$ 2.500 e R\$ 5.000 para cinco das participantes, entre R\$ 7.000 e R\$ 11.000 para quatro e duas não informaram. O valor de referência do salário mínimo para o Estado do Rio de Janeiro em 2006 era de R\$ 369,45 e em 2007, R\$ 424,88. Certamente, se o número de componentes do domicílio fosse identificado, a informação sobre a renda familiar teria sido mais completa. Em relação ao tempo de formação, cinco têm entre cinco e dez anos, duas mais de dez anos, duas mais de 20 e outras duas mais de 30 anos de formadas. Dez participantes têm pós-graduação, seis em áreas afins à saúde pública.

Em todos os dias do curso, ao começar as atividades, algum membro da coordenação iniciava com a avaliação do dia anterior, estimulando as treinandas a comentar o que haviam considerado interessante, importante ou cansativo nas atividades do encontro anterior. A abordagem predominante era realizada por meio de metodologias ativas, como dinâmicas, discussão circular, vídeo, realização de tarefas lúdicas, tais como recorte e colagem, trabalho corporal ou simplesmente comentário sobre frase que remetia ao assunto da ocasião para

debate etc., que permitiam às participantes discutir e expor suas vivências.

‘Fazer pensar e mudar práticas’ foi uma frase citada por duas coordenadoras em dois momentos durante o curso no sentido de justificar o não aprofundamento teórico sobre os temas a serem abordados, ou seja, a mudança a partir da reflexão da prática. Os temas abordados foram: PAISM; promoção da saúde; gênero; raça e etnia; doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)-abordagem sindrômica das DSTs; aborto; sexualidade; violência contra a mulher; métodos contraceptivos; mortalidade materna; serviço de contracepção dentre outros.

Na programação do curso, o tema direitos sexuais e direitos reprodutivos não constava como uma aula específica, sendo abordado na aula que tratava de ‘Organização do Serviço de Contracepção’. Foi apresentado de forma contextualizada historicamente, com referência aos marcos internacionais, como as conferências internacionais promovidas pela Organização das Nações Unidas. As coordenadoras davam exemplos do cotidiano do atendimento em saúde, de modo a reforçar a necessidade de atitude do reconhecimento e respeito a tais direitos. O Ministério da Saúde, em parceria com outros ministérios, vem elaborando e implementando políticas que contemplem esses direitos, considerados como direitos humanos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010). A materialização dessas políticas se dá nas práticas dos profissionais inseridos em serviços de saúde.

Buscou-se identificar o conhecimento das participantes acerca do tema e a percepção de seu papel na promoção e garantia desses direitos. Três, das 11 participantes, não conheciam esses termos. Todavia, assim como as outras entrevistadas, citaram a autonomia e a liberdade como a eles concernentes. O significado mais recorrente referiu-se à decisão, escolha e opção por métodos contraceptivos e pelo parceiro sexual. O direito à informação ou orientação quanto à prevenção de DSTs ou contracepção também foi mencionado

por todas as participantes. A noção majoritária acerca de direitos reprodutivos abrangeu, prioritariamente, o planejamento do número de filhos no que tange à contracepção. Essa visão vai ao encontro dos estudos de Villela e Monteiro (2005) e Lindner, Coelho e Carraro (2006), segundo os quais os profissionais de saúde não associam os direitos reprodutivos a temas como concepção, aborto, esterilização, além de desconhecem a discussão sobre a medicalização do corpo feminino e a utilização abusiva de tecnologia. Duas participantes mencionaram claramente o direito de ter filhos e o papel do Estado em garantir esse direito, numa perspectiva de entendimento de um direito social e não apenas individual (CORRÊA; PETCHESKY, 1994). Para elas, cabe às agências públicas, assegurar-las: “Então, o direito reprodutivo, a gente precisa enfocar também o direito de quem quer ter filhos e não só o de quem não quer ter [...]” (Isadora, católica).

[...] eu acho que tem a ver com a questão de você querer planejar. Quantos filhos você quer ter, se você quer ter, se não quer ter, se você tem esse respaldo na saúde pública [...] (Helena, católica).

Ainda sobre o papel do Estado na questão reprodutiva, Vargas (2006) afirma que decidir-se por não ter filhos tem sido reivindicação das mulheres. Atualmente, elas podem escolher quando terão filhos, mas a opção por não tê-los é complexa. Novas tecnologias reprodutivas são desenvolvidas para ‘resolver’ a infertilidade, mas as políticas públicas pouco avançaram em relação a essa demanda.

Algumas participantes encontraram dificuldade em definir e distinguir os direitos sexuais dos reprodutivos. Por vezes, utilizavam sinônimos, mas, a partir do estímulo e da abordagem em separado de cada um dos conceitos, demonstraram possuir noção da diferença entre eles, permanecendo essencialmente no âmbito do respeito à orientação sexual.

A qualidade da relação sexual, a liberdade de não querer sexo, a atividade sexual nas

distintas fases da vida foram temáticas pouco abordadas. De fato, a noção de direitos sexuais é recente, pois se origina na luta dos movimentos gays e lésbicos contra o preconceito. A consolidação de uma linguagem específica se deu nos anos 1990 com as conferências internacionais do Cairo e de Beijing (VIANNA, 2004). Atualmente, parte do movimento feminista considera essa terminologia como elemento de luta contra a desigualdade de gênero (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

As participantes, Isadora e Amanda se referiram ao direito sexual sob a perspectiva de liberdade de escolha, mas também indicaram restrições ao exercício da sexualidade. Vale ressaltar que ambas se declararam católicas, tanto no questionário quanto verbalmente nos debates durante as aulas ou em entrevista. Muitas vezes, uma dessas entrevistadas se distinguia de suas colegas por apresentar postura mais conservadora relativamente aos valores morais e religiosos. As falas são ilustrativas:

[...] Agora a questão do direito sexual, eu acho que a gente precisa avançar nessa discussão é que é direito, não só sexual [...] eu acho que a gente tem que ter limites pra esse querer [...] a gente não pode tá liberando pra todas as praias terem nudismo. Não pode tá liberando pra que as pessoas transem em todos os lugares, eu acho que não, porque a gente também tem que ter o direito de não ver se você não quer ver (Isadora, católica).

[...] eu acho que os direitos sexuais e reprodutivos devem ser assegurados, as pessoas têm o direito de fazer o que bem entendem [...], por exemplo, essa sexualidade que eu acho, assim muito [...] a prática sexual mesmo, de qualquer jeito e com qualquer pessoa... que está na cabeça das pessoas mais atuais, não entrou na minha cabeça, ainda, isso. Agora, lógico, para os outros, cada um, eu acho que tem o seu direito pra fazer o que quiser da sua vida, eu só acho que isso não é a melhor opção, entendeu? As pessoas tenham tanta liberdade

sexual, assim, que sexo seja visto como trocar uma roupa, como comer, como uma necessidade básica do ser humano, é uma necessidade como alimento, mas não que você tenha que satisfazer com qualquer um, em qualquer momento, com qualquer pessoa, entendeu? Como as pessoas banalizam, eu acho que banalizam demais! (Amanda, católica).

Ao serem indagadas acerca de como o profissional de saúde poderia contribuir para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, as respostas foram: atender a clientela sem preconceito quanto à sua prática sexual; respeitar a homossexualidade e saber efetuar orientação em torno do método contraceptivo, sem induzir a escolha. As entrevistadas se referiram à orientação ou informação sobre prevenção de DSTs, contracepção, recursos legais para conquista dos direitos, sexualidade e conhecimento do corpo como questões contribuintes para a garantia desses direitos. Como afirmam Ávila e Gouveia (1996), ter acesso à informação e à possibilidade de escolha é uma forma de se alcançar o direito.

Lívia exemplifica a garantia do direito sexual com o fato que, algumas vezes, pessoas soropositivas são atendidas de forma discriminatória pelos médicos. Quando isso ocorre, ela as orienta a denunciar à Ouvidoria da Prefeitura ou ao Ministério Público. Conforme citado, o respeito, a ajuda e a compreensão foram palavras recorrentes das participantes no que se refere à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; como exemplo, a questão do aborto e a homossexualidade.

A gente como profissional e como pessoa tem que estar isenta de qualquer preconceito mesmo se a pessoa for homossexual, e você não admita isso, você não conceba isso, mas tem que saber que existe e você não está ali pra criticar nem pra condenar, muito menos. Você tá ali pra ajudar [...] Orientar, ouvir e não ter uma postura preconceituosa, só nisso em acolher já está uma grande parte da ajuda, ajuda da gente enquanto pessoa (Amanda, católica).

A exigência de que o Estado garanta esses direitos está intimamente articulada ao trabalho dos profissionais de saúde, de modo que, dependendo de seu posicionamento no atendimento à clientela, os direitos podem ser promovidos, garantidos ou até mesmo violados. Os depoimentos revelam a tendência à valorização da liberdade individual e da tolerância como atitude humanitária e, ao mesmo tempo, a ausência de entendimento crítico e político da questão. O fato de o tema dos direitos sexuais e reprodutivos não ter feito parte explícita do conteúdo do curso, ou seja, não ter sido discutido como aspecto importante a ser implantado pelos profissionais, sua participação na garantia e promoção pode ter contribuído para reforçar o sentido religioso e vocacional comum na origem da formação de enfermeiras e, provavelmente, na de assistentes sociais. A tolerância e a possibilidade de ‘se abrir para o outro’ foram mencionadas por algumas participantes, dentre as quais Fabrícia e Gisele. Quando indagadas se o curso havia mudado sua visão sobre sexualidade, citaram a mudança de postura profissional frente aos usuários, no que tange à prática sexual e ao aborto.

[...] muita coisa eu falava abertamente, achava que você podia dar sua opinião, mas você não pode, não pode direcionar [...] ‘Ah! Eu adoro fazer sexo anal’, mas não pode, pode ter uma lesão, tem que usar camisinha, não é assim que a gente tem que abordar: ‘não pode’, ‘está errado’, pra mim não pode, pra mim está errado, mas pra ela dá prazer, pra ela tá bom, não tem que abordar dessa forma, tentar sim, direcionar o uso da camisinha, a importância de prevenir [...] Aborto, por exemplo, eu via uma mulher que fazia teste de gravidez e dizia que ia tirar, eu ficava o dia inteiro sentada com ela, convencendo a ela não tirar, falava de Deus, falava disso, falava daquilo, eu aprendi lá que eu não posso fazer isso, então não é assim, é respeitar. A gente faz nosso papel: você toma sua decisão, e eu estou aqui de braços abertos te esperando, seja qual for sua decisão. Sem preconceito e nada (Fabrícia, católica).

[...] eu era muito mais enfática, no sentido, tipo assim: Ou você usa o preservativo ou você está morto! E aí eu comecei a entender que há mulheres que não vão usar, porque seus maridos nunca vão admitir isso, então eu comecei a orientar de outra maneira [...] a minha mente já abriu um pouco mais para isso, porque tem gente que nunca vai usar mesmo [...] Então, assim, eu não tenho mais esse tipo de preconceito não [se referindo ao aborto e à homossexualidade], graças a Deus, eu consigo separar bem aquilo que eu penso enquanto pessoa e aquilo que eu acredito que eu deva ser como profissional (Gisele, evangélica).

A atitude tolerante – que poderia também ser aludida como integrante da ética cristã – de despir-se de preconceitos expressa uma postura próxima à de respeito aos direitos. Contudo, quando questionadas sobre os meios de contribuir para a garantia dos direitos reprodutivos, as participantes não se referiram, por exemplo, ao acesso ao aborto legal como um direito da mulher.

O tom dominante nos discursos das participantes restringiu-se ao domínio de ações informativas no âmbito da prevenção de doenças e gravidez e à esfera ‘humanitária’ do respeito à escolha individual, à compreensão e à tolerância, que, em retórica, parece próxima ao discurso da moral religiosa cristã de acolhimento ao pecador. Esses discursos pressupõem uma prática passível de análise a partir dos marcos religiosos e biomédicos (BONAN, 2005).

Os discursos demonstraram postura contraditória no que se refere aos nexos entre religião e sexualidade. A princípio, essa visão, por um lado, se apresenta por uma representação convencional da religião como dimensão antiquada e, por outro, em sentido diverso para sexualidade, como esfera contemporânea e significativa da subjetividade. Duarte (2005), ao abordar a complexidade do fenômeno da religião nas sociedades modernas, afirma que o seu sentido se estrutura em três dimensões: ‘a da religião’ como identidade

ou pertencimento; ‘a da religiosidade’ como adesão, experiência ou crença e a ‘do ethos religioso’ como uma disposição ética ou comportamental associada a um universo religioso. Não foi possível, neste trabalho, investigar as possíveis esferas estruturantes da aceção religiosa das participantes, mas alguns relatos permitem afirmar que seus discursos se aproximam da dimensão do ethos religioso.

Por meio do material etnográfico, observou-se que a ética cristã de acolhimento e tolerância à liberdade individual, evidenciada nos discursos em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, está intimamente vinculada ao ethos religioso, uma vez que ocorreram independentemente das diferentes posições religiosas das participantes. Como hipótese, surge a ideia de que o discurso dos direitos sexuais e reprodutivos são assimilados e interpretados a partir desse ethos. Em outros termos, embora apresentando retórica fundada nos valores cristãos de tolerância, compreensão e acolhimento sem clara posição política na esfera dos direitos, pautada nas discussões dos organismos internacionais e acadêmicos ou até não (re)conhecendo alguns direitos, em geral, as participantes apresentaram um discurso que afirma o respeito às decisões reprodutivas e às escolhas sexuais dos sujeitos.

Direitos sexuais e direitos reprodutivos, reconhecidos como direitos humanos e, portanto, direito social e não somente privado (CORRÊA; PETCHESKY, 1994; PETCHESKY, 2000), não foram claramente mencionados pelas participantes. De acordo com Rosas (2005, p. 18), “parcela importante de médicos(as) e demais profissionais de saúde não reconhecem os direitos reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos fundamentais”.

Cabe acrescentar que ainda mais difícil é o reconhecimento dos direitos sexuais. Porém, ambos os direitos devem ser assegurados pelo Estado, em última instância, pelos serviços e profissionais de saúde, que são seus representantes frente à população.

Considerações finais

Este estudo revelou restrito conhecimento das participantes sobre direitos sexuais e reprodutivos, mesmo depois da realização do curso. No entanto, a partir de estímulo à expressão durante as entrevistas, os temas de autonomia e liberdade foram insistentemente citados. Os direitos foram entendidos como decisão, escolha por métodos contraceptivos, opção pelo parceiro sexual e acesso à informação ou orientação quanto à prevenção de DSTs ou contracepção. Para a maioria das participantes, no que tange à contracepção, o conteúdo dos direitos reprodutivos abarca prioritariamente o planejamento do número de filhos. Temas como aborto, esterilização, o debate em torno da medicalização do corpo feminino e o uso abusivo de tecnologia não foram contemplados pelas participantes, embora os dois primeiros tenham sido abordados durante o curso.

De forma geral, as entrevistadas compreendem direitos sexuais como sinônimo de direitos reprodutivos. Contudo, a partir

da solicitação de separação entre os conceitos, elas demonstraram entendimento da diferença, com ênfase no respeito à opção sexual. Questões como qualidade do sexo, liberdade de não desejar sexo e atividade sexual nas distintas fases da vida quase não foram citadas.

Abrir determinadas discussões ou propiciar o acesso a (e o debate de) certas posições políticas e institucionais, conforme apresentado durante o Curso, não garante necessariamente um processo de reflexão e de transformação das opiniões e práticas. Isso deve ser considerado pelos que estão envolvidos em capacitação de profissionais de saúde. Realizar atividades de educação permanente no próprio local de trabalho a partir de situações cotidianas pode ser uma alternativa para fazer com que o tema direitos sexuais e reprodutivos tenha concretude e reconhecimento pelos profissionais e que assim sejam incorporados às suas práticas de atenção à saúde. Esse desafio está posto aos gestores da atenção à saúde e aos órgãos de formação em saúde. ■

Referências

ÁVILA, M.B. Direitos Reprodutivos: o caos e a ação governamental. In: CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. *Os Direitos Reprodutivos e a condição feminina*. Recife: SOS Corpo, 1989.

ÁVILA, M.B.; GOUVEIA, T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (Org). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARSTED, L.L. Conquistas da sexualidade no campo do direito. *Sexualidade - Gênero e Sociedade*, Ano XII, n. 23/24/25, p. 160-172, out. 2005.

BECKER, H. *Método de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1993.

- BONAN, C. Reflexividade, sexualidade e reprodução: encruzilhadas das modernidades latino-americanas. *Iberoamericana*, Madrid, v. 5, n. 18, p. 89-107. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- . *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivo: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003.
- DUARTE, L.F.D. Ethos privado e justificação religiosa: negociações da reprodução na sociedade brasileira. In: HEILBORN, M.L. et al. (Org). *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- LINDNER, S.R.; COELHO, E.B.S.; CARRARO, T.E. Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 197-205, set./dez. 2006.
- PETCHESKY, R.P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Org). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.
- PETCHESKY, R.P. Rights and needs: rethinking the connections in debates over reproductive and sexual rights. *Health and Human Rights*, Harvard, v. 4, n. 2. p. 17-29, 2000.
- ROSAS, C.F. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, Florianópolis, n. 27, p.18, set. 2005.
- SILVA, L. et al. Centro de treinamento em atenção integral a saúde da mulher – Espaço Mulher: uma experiência em educação para a saúde no município do Rio de Janeiro. *Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 131-133, jul. 2002.
- VARGAS, E.P. *Casais inférteis: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro*. 280f. 2006. Tese (doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- VIANNA, A. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e diagnóstico*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.
- VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e saúde: programa saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005.
- XAVIER, J.N. et al. Estatuto da criança e do adolescente e direitos humanos sexuais e reprodutivos na formação de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 64-70, jan./mar. 2013.

Recebido para publicação em maio de 2013

Versão final em abril de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes

Perceptions and practices of community health agents about their work with teenagers

Delane Uchôa Amorim¹, Maria Veraci Oliveira Queiroz², Eysler Gonçalves Maia Brasil³, Eyslane Gonçalves Maia⁴

¹Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Iguatu (CE), Brasil.
delaneamorim@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFCE) – Fortaleza (CE), Brasil. Professora da Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidados à Saúde da Criança e do Adolescente, Enfermagem da UECE – Fortaleza (CE), Brasil.
veracioq@hotmail.com

³Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.
eyslerbrasil@ig.com.br

⁴Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil. Enfermeira assistencial do Hospital Geral Waldemar de Alcântara – Fortaleza (CE), Brasil.
eyslanemaia@hotmail.com

RESUMO: Objetivou-se descrever as percepções e as práticas de Agentes Comunitários de Saúde em seu trabalho junto a adolescentes. Trata-se de pesquisa qualitativa com o emprego de entrevista semiestruturada com 28 agentes da zona urbana de Iguatu-CE, em julho de 2011. Análise de dados conforme proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. Os agentes pesquisados definiram características da adolescência baseadas em conhecimentos e no senso comum. A atuação do agente ocorre durante as visitas domiciliares, por meio de escuta e encaminhamentos à unidade de saúde. A prática desses trabalhadores se pauta no encontro e na confiança, revelando a existência de importante caminho a ser investido na atenção primária aos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Agente comunitário de saúde; Adolescente; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: *The objective of this study was to describe the perceptions and practices of Community Health Agents about their work with teenagers. This is qualitative research with the use of semi-structured interview with 28 agents working at the city of Iguatu urban area, Brazil, and carried out in July 2011. Data analysis followed the method predicted by the Discourse of Collective Subject. The agents involved in the research defined adolescence characteristics based on knowledge and common sense. Agent's action occurs during home visits, through listening and referrals to the Health Unit. These workers' practice is grounded on meetings and on trust, revealing the existence of a path-breaking approach towards adolescents' primary health.*

KEYWORDS: *Community health workers; Adolescent; Primary health care.*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar efetivo acesso ao sistema de saúde e tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, que motivou o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial com base em um sistema universal e integrado de atenção (FAUSTO; MATTA, 2007).

No nível da ABS, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) está inserido. Segundo Bornstein *et al.* (2009), o ACS se constitui em força de trabalho expressiva, com mais de 200 mil profissionais atuando no País. No contexto da comunidade em que vivem e atuam os ACS, deve-se considerar o âmbito das práticas e dos modelos assistenciais e educativos em saúde, bem como os significados materiais e simbólicos desse trabalho, na perspectiva destes, dos demais profissionais de saúde da rede pública, dos movimentos sociais e das comunidades assistidas.

Em relação à atuação do ACS junto à população adolescente, o Ministério da Saúde resalta que esse trabalhador deve identificar os adolescentes de sua microárea de abrangência e planejar atividades, visando orientá-los quanto ao esquema vacinal, à sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis – DST/HIV/Aids, anticoncepção, gravidez, uso de álcool e outras drogas, à importância da educação, à violência e acidentes, aos riscos no trânsito, à atividade física e saúde, aos hábitos saudáveis e à saúde bucal (BRASIL, 2009A).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Nessa fase, ocorrem modificações físicas, psicológicas

e sociais, surgem desejos, descobertas de afinidades e reflexões sobre planos para a vida futura. Os adolescentes também podem apresentar tendências à formação de grupos (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

O paradigma biomédico acentua o sentido de adolescência na perspectiva desenvolvimentista, considerando etapa de transição entre a infância e a idade adulta, entendendo essa mudança como natural e universal, independentemente das condições concretas de existência do sujeito. Assim, a formação e a prática dos profissionais são norteadas pelos parâmetros de tempo e comportamentos esperados, diagnosticando-se processos de mudança, como de adoecimento na adolescência. A concepção de homem e de mundo deve considerar que a natureza humana é construída, histórica e socialmente, nas condições concretas de existência (FONSECA; OZELLA, 2010).

É possível entender que a atuação do ACS esteja pautada nas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, como também vinculadas à realidade local, na qual emergem diversas formas de interações com a comunidade, apropriam-se dinâmicas e saberes locais e aqueles exteriorizados pela equipe de saúde da família. Contudo, no cotidiano da prática, os ACS assumem atividades que extrapolam as ações preconizadas pelas normas do Ministério da Saúde. Assim, evidencia-se a flexibilização das tarefas na tentativa de fornecer respostas positivas às demandas da população. Por conseguinte, há rompimento do enrijecimento da organização do trabalho, que ocorre quando a divisão de tarefas é definida, em que cada trabalhador torna-se responsável por um campo exclusivo de atuação (RODRIGUES; ASSIS, 2009).

Em relação às ações educativas, o Ministério da Saúde as inclui como parte do cotidiano do trabalho do ACS, objetivando contribuir para melhoria da qualidade de vida da população. Tais ações ocorrem por meio do diálogo e da escuta. Podem ter início nas visitas domiciliares e atividades realizadas

em grupos, sendo desenvolvidas em serviços de saúde e espaços sociais existentes na comunidade. É um processo de construção permanente, realizado em linguagem simples, acessível e precisa, além de considerar o conhecimento e a experiência dos participantes para permitir troca de idéias e estimular o autocuidado, fortalecendo a autoestima, a autonomia e os vínculos de solidariedade comunitária (BRASIL, 2009B).

Considera-se importante conhecer a percepção e a atuação desse trabalhador junto ao adolescente, pois, de fato, encontra-se próximo deste no ambiente familiar. Além disso, ante a natureza do trabalho, o incentivo do Ministério da Saúde na reorganização da atenção básica, através da implantação da ESF nos municípios, cujos ACS têm papel fundamental, torna-se relevante conhecer como ocorre a relação entre o pensar e o fazer com foco em uma população que tem particularidades e que, recentemente, tem sido alvo de maiores estudos.

Desse modo, entende-se que há lacuna na produção científica sobre os ACS e sua prática com o adolescente, pois a partir do levantamento da literatura, nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se o descritor 'agente comunitário de saúde', constatou-se que foram produzidos 161 trabalhos, entre artigos, monografias e teses. Parte dos estudos referia-se ao trabalho do ACS na ESF, à sua formação e perfil. Selecionaram-se para leitura 45 estudos apresentados sob a forma de artigos que abordavam a prática do ACS na ESF. Não se encontrou artigo sobre o trabalho do ACS junto ao adolescente. Assim, firma-se como ponto de interesse contribuir com a pesquisa nesse campo de saber, pois representa produção que pode subsidiar reflexões e possíveis mudanças na atuação do ACS que, juntamente com outros membros da equipe de saúde, podem planejar ações dirigidas a esse grupo populacional.

Para efetivar a pesquisa, utilizou-se como

objetivo: descrever as percepções e as práticas de ACS em seu trabalho junto a adolescentes.

Método

Realizou-se pesquisa descritiva e qualitativa que empregou os pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC possibilita a visualização da percepção coletiva à medida que permite captar o discurso que revela o modo como os indivíduos reais e concretos pensam e agem (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A pesquisa foi realizada em Iguatu-CE que tinha 276 ACS cadastrados na ocasião desta pesquisa, distribuídos em 14 ESF na zona urbana e 11 na zona rural. Participaram deste estudo 28 ACS, dois de cada ESF vinculada à zona urbana. Optou-se pelo critério de escolha por intenção, a partir de critérios de inclusão: mínimo de 12 meses de trabalho na equipe de saúde da família e indicação do coordenador da equipe pelo envolvimento do ACS com a comunidade.

Realizou-se a coleta de dados em julho de 2011 por meio de entrevista semiestruturada com perguntas centradas na percepção dos ACS sobre o adolescente e sua atuação com essa população. As entrevistas foram gravadas mediante a permissão dos sujeitos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, o material foi transcrito na íntegra pelos pesquisadores e submetidos à análise pelo método DSC.

Para análise dos discursos, empregaram-se as seguintes figuras metodológicas: Idéia Central (IC), Expressões-chave (ECH) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As ECH são constituídas por transcrições literais de partes dos discursos, permitem o resgate da essência do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. As IC representam o nome ou expressão linguística que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH. O DSC é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa

do singular e composto pelas ECH que têm a mesma IC, como se houvesse apenas um sujeito falando, na condição de portador de um discurso-síntese dos componentes do sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Na análise dos dados, apreenderam-se duas temáticas, cinco idéias centrais e cinco DSC. A primeira temática aborda a percepção dos ACS sobre os adolescentes, a partir da qual se extraiu como idéia central a caracterização da adolescência como uma fase difícil, de descoberta e transformação. Da segunda temática, que contempla a prática do agente comunitário de saúde na atenção ao adolescente, emergiram quatro idéias centrais. A primeira revelou a visita domiciliar como estratégia de encontro e de relação de confiança com os adolescentes. Na segunda, encontra-se a orientação realizada pelo ACS ao adolescente, voltada aos problemas comuns nessa fase. A terceira focou o papel de mediador do ACS ao favorecer os encaminhamentos para a equipe de saúde da família. Por fim, a quarta idéia central apresentou as estratégias de abordagens utilizadas por esse trabalhador junto à população adolescente.

Respeitaram-se a autonomia e o anonimato dos participantes, dentre outros aspectos éticos de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisas com seres humanos. Obteve-se a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme processo N° 11043948-1.

Resultados e discussão

A partir dos dados apreendidos na entrevista, caracterizaram-se 28 agentes comunitários de saúde participantes do estudo e, em seguida, a análise das questões do estudo pautadas no método do DSC.

Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

Os sujeitos participantes do estudo eram do sexo feminino. 15 ACS possuíam entre 20 e 40 anos e 13, encontram-se na faixa entre 41 e 60 anos de idade (*tabela 1*).

Quanto à escolaridade, 25 concluíram o ensino médio, um o ensino fundamental e dois estavam cursando o ensino superior. Observou-se que a quase totalidade dos ACS apresentou níveis de escolaridade considerados bons para a ocupação do cargo exercido (*tabela 2*).

Com relação ao tempo de residência na área de atuação, 12 moravam na área entre 21 e 40 anos, cinco entre 11 e 20 anos e dois, entre um e dez anos. Dos participantes do estudo, nove não residiam em sua área de atuação (*tabela 3*).

Tabela 1. Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde, Iguatu-CE, 2011

Faixa etária	Nº de trabalhadores	%
20 - 30 anos	7	18,42
31 - 40 anos	8	21,05
41 - 50 anos	10	26,31
51 - 60 anos	03	34,22
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Escolaridade dos trabalhadores ACS, Iguatu-CE, 2011

Escolaridade	Nº de trabalhadores	%
Ensino fundamental completo	1	3,57
Ensino médio completo	25	89,28
Ensino superior incompleto	2	7,14
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3. Tempo em que os ACS residem na área, Iguatu-CE, 2011

Tempo que residem na área	Nº de trabalhadores	%
01 - 10 anos	2	7,15
11 - 20 anos	5	17,86
21 - 30 anos	6	21,42
31 - 40 anos	6	21,42
Não residem na área	9	32,15
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

Ser morador da área é primordial para manter a proximidade com os valores e hábitos da comunidade, como também para favorecer a disponibilidade do trabalhador junto às famílias assistidas. Em se tratando do tempo como ACS na equipe atual, 21 exerciam a atividade na mesma ESF entre um e dez anos, um, entre 11 e 15 anos e quatro, entre 16 e 20 anos. Dois ACS atuavam há mais de 21 anos na mesma equipe de saúde (tabela 4).

Temática 1: Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os adolescentes

As percepções representaram as ideias, abstrações concebidas em experiências individuais e coletivas, constituindo, portanto, o imaginário social sobre o adolescente. Nesta acepção, os sentidos sobre adolescentes,

extraídos das expressões-chave, encontram-se no DSC a seguir.

IC1-DSC1: Adolescência como fase difícil, de descoberta e transformação

É uma fase difícil tanto para eles como para os pais, muito complicada. Uma fase de transformação, na qual estão tentando se encontrar, formando a personalidade e procurando novas descobertas. Nem são mais crianças nem são adultos, é uma segunda fase de ser criança; um amadurecimento para quando chegar na idade adulta, ter uma formação do que é a vida. Adolescência mais é diversão, é só sonhar. Uma fase de muita insegurança e incerteza.

O discurso expressa a percepção dos trabalhadores de saúde pesquisados sobre

Tabela 4. Tempo de ACS, Iguatu-CE, 2011

Tempo de ACS	Nº de trabalhadores	%
01 - 05 anos	11	39,28
06 - 10 anos	10	35,72
11 - 15 anos	1	3,58
16 - 20 anos	4	14,28
21 - 25 anos	2	7,14
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

adolescentes advindos de conhecimento científico, pois trechos apresentam essa elaboração, bem como ideias concebidas do senso comum. Observa-se entendimento que ressalta a fase de transformação, formação da personalidade – conceitos encontrados na literatura. Ao mesmo tempo, adjetivam a adolescência como fase difícil, de insegurança e incerteza, apresentando discurso negativo desse período da vida. Isso pode ser explicado devido às experiências do cotidiano do trabalho de ACS com essa população, como também em virtude de experiência familiar.

É preciso reconhecer o adolescente sob uma perspectiva ampla, que inclua não apenas as transformações biológicas e psicológicas, como também o contexto socioeconômico, cultural e histórico no qual o adolescente está inserido. Etimologicamente, a palavra adolescência, que vem do latim *ad* e significa ‘mais olescere’, tem o sentido de crescer, em suma, crescer para. O conceito de adolescência atualmente conhecido surgiu no início do século XX. Nessa fase, o adolescente deve adquirir autonomia e, conseqüentemente, visão própria do mundo (BECKER, 1997).

A adolescência não é um período natural do desenvolvimento e nem de transição entre a fase de criança e a vida adulta. A fase da adolescência é um momento significado e interpretado pelo homem. Mudanças no corpo e desenvolvimento cognitivo são

aspectos que foram marcados pela sociedade. Outras características podem acontecer nessa época da vida no indivíduo e não sinalizadas (OZELLA, 2002).

No discurso coletivo, percebe-se desconhecimento em relação à caracterização da adolescência no ciclo de vida humano, uma vez que a adolescência é caracterizada como a segunda fase de ser criança, entendida também como fase em que adolescentes não se configuram como crianças nem como adultos. Apreende-se, portanto sinais de dúvida e do conceito de adolescência no tocante à demarcação desse período da vida.

No discurso do sujeito coletivo, encontra-se a caracterização da fase da adolescência como período de sonhos e diversão. Nesse sentido, houve percepção real e contraditória da condição de cuidar de si e do investimento no projeto de vida. Ademais, a não valorização, por esses trabalhadores, do sonho e do lazer são aspectos negativos para a compreensão do adolescente.

A liberdade de escolha é elemento preponderante e se constitui, na fase da adolescência, em campo potencial de construção de identidades, descoberta de potencialidades humanas e exercício de inserção efetiva nas relações sociais. Logo, o lazer pode ser espaço de aprendizagem das relações sociais em contexto de liberdade de experimentação (BRENNER; DAYRELL; CARRANO, 2008).

Por meio do DSC, apreende-se que a visão dos ACS sobre os adolescentes é influenciada tanto pelas dificuldades encontradas na prática cotidiana com a população como pela formação técnica. Percebe-se conotação negativa por parte dos trabalhadores em relação ao adolescente, o que pode influenciar na prática do ACS. Contudo, esses trabalhadores se referiram às transformações que ocorrem nesse período para formação da personalidade, não se restringindo, portando, a uma visão biomédica que ressalta as mudanças corporais.

Temática 2: Prática dos Agentes Comunitários de Saúde na atenção ao adolescente

Essa temática apresenta os discursos relativos à atuação do Agente Comunitário de Saúde, com ênfase na atenção ao adolescente, na Estratégia Saúde da Família. A seguir estão apresentadas as quatro idéias centrais e os respectivos DSC que emergiram a partir das expressões-chave.

IC2-DSC2: A visita domiciliar como estratégia de encontro e de relação de confiança com os adolescentes

O adolescente fica um pouquinho de lado[...] Eu deveria saber o número de adolescente que eu tenho. Não é fácil trabalhar com adolescente. A gente sempre trabalha muito parecido[...] troca experiência. Eu tenho muita abertura com a comunidade, tento criar um vínculo de amizade. Eu procuro falar a linguagem deles, tirar as dúvidas, transmitir muita confiança para que eles possam chegar até a mim para conversar[...]. A cumplicidade é muito boa, não adianta você ser só uma agente de saúde, você tem que ser amiga[...]. Nosso trabalho é de casa em casa. Através das visitas, a gente vai descobrindo caso a caso, têm casos que tem que ter uma atenção mais voltada. Cada visita, eu vou anotando o nome de cada adolescente que tem que voltar para eu conversar. A gente vai conquistando

aos poucos, vou trazendo para o PSF, quando são aqueles casos de trazer para o PSF. Tem até adolescente que diz que tem vergonha de conversar com os pais e quer desabafar com a gente, eles perguntam logo se a gente não vai falar para ninguém... mas a mãe nunca sabe, gera a confiança deles em nós, na hora da visita, e eu oriento eles[...] Na comunidade, eles me chamam, às vezes, na rua, ou então eu entro na casa deles, eles vão a minha casa, à noite[...]. Eu tento nas minhas visitas me informar como é que está a vida deles, como é que estão na escola, como é que estão com os amigos. Eu consigo conversar com alguns. Você sabe tudo que se passa na sua área, alguém no bairro vem e me conta. Sento também na roda deles, é tudo conhecido. Sempre elas estão nas rodinhas.

O discurso revela a dificuldade na prática cotidiana em desenvolver trabalho voltado para o adolescente. O trabalho direcionado a esse grupo ultrapassa esforços empregados a outros grupos existentes na ESF. Percebe-se, também, desconhecimento do ACS sobre a quantidade de adolescentes presentes em sua área de abrangência. Essa realidade reflete a dificuldade dos ACS no que diz respeito ao acompanhamento do adolescente tanto em termos de quantidade como da qualidade da atenção. No entanto, a atitude de priorização dos grupos para esse acompanhamento é influenciada pelas metas planejadas e pelo direcionamento dos gestores.

A formação predominante dos ACS tem sua qualificação classificada no nível básico da educação profissional. Embora abranja extensa gama de conhecimento e competências na área da saúde, possui enfoque diretamente voltado para a prática de prevenção e promoção da saúde, instrumentalizada para atuação junto aos domicílios, realizando rotinas de produção de informação, vigilância à saúde, monitoramento, encaminhamento e acompanhamento de situações de risco e de comprometimento da saúde de indivíduos e de grupos (MOROSINI, 2010).

Nas ações, incluem-se as de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos com o adolescente. São variados os fatores implicados na carência de atuação direta e efetiva com adolescentes e, provavelmente, a capacitação desses agentes de saúde e a escassez de planejamento dos gestores podem ser causas da limitação do trabalho com essa população, não somente pelo ACS, como também por outros membros da equipe de saúde.

A partir do DSC, infere-se a valorização da relação de confiança entre o ACS e o adolescente, uma vez que os trabalhadores mencionam a necessidade de vínculos de confiança, cumplicidade e amizade com o intuito de proporcionar abertura com a comunidade e favorecer o desenvolvimento da prática do ACS. O cuidado dado ao adolescente ou a qualquer usuário que utiliza os serviços fornecidos pela unidade de saúde deve ser acolhedor, de modo que os usuários se sintam livres para expressar suas necessidades de saúde em todas as dimensões (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Para isso, os agentes de saúde manifestam atitudes positivas de interação, como linguagem acessível, comportamento aberto, receptivo, esclarecimento de dúvidas. Esses comportamentos podem ter sido adquiridos e exercitados no cotidiano do ACS ante as situações inerentes à vida do adolescente.

O ACS entrava em contato com o adolescente nas visitas domiciliares, também era procurado por esse grupo na rua e até mesmo fora do horário de trabalho, quando os adolescentes buscavam esses trabalhadores em suas residências. Nesse contexto, evidencia-se a relevância do agente de saúde na atenção ao adolescente, pois detém abertura maior do que outros profissionais de saúde junto a esse grupo.

A visita domiciliar é a atividade mais importante do ACS. A sensibilidade em compreender o momento e a maneira adequada de realizar a visita e estabelecer relação de confiança são habilidades a serem valorizadas, pois a partir dessa prática, poderá haver construção de vínculo necessário ao

desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação (BRASIL, 2009B).

No discurso do sujeito coletivo, o ACS reconhece seu trabalho como domiciliar. Durante as visitas, o ACS tem contato com as situações de vida de cada adolescente de sua área e registra casos que requerem mais atenção do agente de saúde, bem como de encaminhamento para a ESF. Identificam-se elementos pertinentes à sistematização da visita domiciliar pelo ACS, na medida em que foram capazes de realizar a triagem, o registro, a abordagem e o encaminhamento, mesmo tratando-se de grupo não priorizado nas práticas cotidianas.

IC3-DSC3: O ACS trabalha com a família. Na atenção ao adolescente, o ACS orienta sobre os problemas comuns da adolescência

Procuro tirar as dúvidas deles, quando eles me procuram sobre as vacinas, anticoncepcionais, preservativos, prevenção das DST. Converso sobre a escola, se tem namorada, se está dando muito trabalho à mãe, pergunto se ainda é virgem, se está tomando anti-concepcional. Vou até onde quero chegar. Às vezes, a gente está falando e acaba em nada, mas estamos lá na luta tentando. A gente trabalha com a família, tem adolescente que está na escola. Com eles, eu trabalho mais a parte de orientação. Começo a conversar, orientar sobre não usar droga, gravidez na adolescência, caderneta do adolescente, sexualidade, tem o bolsa família que a gente acompanha, as vacinas, sobre não roubar, procurar um trabalho, procurar a casa de Deus, ficar mais dentro de casa[...]. Peço para vir buscar camisinha no posto, para ficar tomando o comprimido direitinho para não engravidar, incentivo a fazer prevenção, os cuidados de higiene bucal, tudo no geral. Quando já se tem uma vida sexual ativa, a gente já tem uma liberdade maior de conversar. Quando não, é só mais naquela

questão, também até na preocupação da escola, de televisão[...]. Alguns que os pais não sabem, ainda, me atrevo a levar a camisinha, o anticoncepcional escondido até para evitar[...]. Tem adolescentes, meninas de 11, 12, 13 anos que a gente já vai começando a trabalhar lá nessa fase[...]. Mostro o que está acontecendo na adolescência. Oriento a questão de vir ao posto para passar com o médico, enfermeiro, a dentista, oriento no que o serviço do PSF oferece, eu até agendo para facilitar. A gente visita muito tentando orientar e trazer esse adolescente se está com problemas difíceis, vai buscar, encaminha, acontece muito no dia a dia[...]. Falo que além de agente de saúde, eu posso ser amiga, aí eles contam como já aconteceu muito. Às vezes, eu fico triste porque quando se está só, você consegue a metade, para que você consiga o todo, é preciso que todos interajam nessa luta, não é da noite para o dia que vai conseguir alguma coisa.

A orientação junto aos adolescentes é a atividade principal dos ACS investigados e, para realizá-la, entendem que é preciso conhecer a realidade das famílias, as situações inerentes a cada núcleo familiar.

Por meio do discurso, os adolescentes procuram os agentes de saúde para obter informações sobre os serviços oferecidos na ESF, bem como para esclarecerem dúvidas relacionadas à prevenção de doenças e aos métodos anticoncepcionais. Essa busca do adolescente pelo ACS favorece a importante oportunidade para estreitar o vínculo entre ambos e desenvolver uma ‘prática educativa’ direcionada aos problemas. Não parte de reflexões que geram ação e autonomia, mas tem significado pela aproximação e relação de confiança, o que poderá provocar mudanças individuais e coletivas com seus pares.

Os recursos utilizados pelos ACS, contidos no discurso, fundamentam uma prática voltada às diretrizes da ESF no trabalho comunitário, pois procuram conhecer a realidade de vida desses adolescentes no contato

com a família, com as pessoas na rua e os próprios adolescentes. Diante dessa atitude, os agentes comunitários qualificam parte de suas atividades com um público diferenciado, pois nem sempre o adolescente é lembrado nas ações de cuidados à saúde.

As formas como os ACS abordam os sujeitos pode ser expressa a partir de concepções educativas, em uma abordagem que se baseia na concepção ampliada de saúde; a centralidade do processo está no diálogo, na conversa, na busca de conhecer a vida das pessoas e seus problemas antes de partir para divulgação de orientações. É fundamento do trabalho educativo e refere-se à concepção de saúde do profissional (BORNSTEIN ET AL., 2009).

As orientações realizadas pelos agentes de saúde versam sobre variados assuntos, sob a visão biomédica. Os trabalhadores realizam orientações sobre a prevenção da saúde dos adolescentes, preocupam-se em instruir sobre a violência, a escola, o emprego e o cuidado com os grupos de pares, embora sem aprofundamento, sem provocar responsabilização do mesmo com a prevenção e a promoção da saúde. Isso era esperado em virtude de circunstâncias que vão desde a formação e as condições de trabalho, a carência de ações mais cooperativas e integradas com outros setores e com os próprios trabalhadores da Atenção Básica. Enfim, essa demanda é, muitas vezes, relegada em detrimento de outras.

Em uma perspectiva cujo foco central é o da biomedicina, o poder explicativo dos processos biológicos acaba por se sobrepor, na abordagem educativa, aos determinantes sociais. Os ACS, assim como os demais profissionais de saúde, tendem a desenvolver ações a partir da concepção de saúde-doença restrita. Trata-se de abordagem limitada, que visa a modificar o comportamento ou as condutas da população e está baseada na crença de que o profissional é o detentor do saber a ser transmitido (BORNSTEIN ET AL., 2009).

No discurso, os ACS informam que no exercício de atividades, quando buscam o

adolescente para conversar e orientar sobre questões de saúde, priorizam situações de risco, como uso de drogas, gravidez na adolescência, prevenção das DST, planejamento familiar, dentre outros. A preocupação consiste em reverter ou minimizar o quadro de desequilíbrio que possam estar afetando a vida do adolescente.

A despeito das possibilidades da prática educativa com adolescentes, os agentes de saúde reconhecem as limitações para desenvolver tal função, da mesma forma que entendem a necessidade da realização de trabalho integrado com outros membros da equipe de saúde no cuidado ao adolescente.

Nessa perspectiva dos ACS sobre a importância de desenvolver trabalho integrado e de qualidade com outros profissionais para corresponder às demandas dos adolescentes, Heilborn *et al.* (2006) enfatizam a necessidade de ampliar o foco desde as políticas públicas direcionadas à juventude, abordando temas como juventude, sexualidade e reprodução, a partir de uma ótica pluridisciplinar que amplia a compreensão dos processos de aprendizado da sexualidade, das formas de interação afetivas e sexuais entre os parceiros, das prescrições dos papéis de gênero e, por fim, do desenrolar das trajetórias juvenis, em face dos eventos relativos à saúde, reprodução, sexualidade e exposição às doenças sexualmente transmissíveis.

IC4-DSC4: O Agente Comunitário de Saúde favorecendo encaminhamentos para a equipe de saúde da família

A gente encaminhava para o PSF também sobre o cartão do adolescente. Reforço o que a gente vê quando a enfermeira orienta, quando alguém está orientando ou quando a gente aprende nos cursos da gente, a gente fica passando para eles o pouco que a gente sabe. A gente explica, encaminha imediatamente. Eles conversam com a gente, eles preferem que a gente explique porque até eles conseguirem chegar ao PSF e falar com a enfermeira é

complicado, é mais fácil com a gente porque a gente vai brincando, a gente conversa com elas e orienta. Quando eles precisam de alguma coisa, eles perguntam por quem procura, procura a enfermeira. Alguns vêm, nem todos, mais as mulheres, os homens são mais difíceis, eles perguntam se a gente não pode resolver por eles. Eu encaminho porque eles querem o dentista. Encaminho para o planejamento familiar, vacinas, quando eu não posso tirar aquela dúvida específica. Têm muitas coisas que não estão ao alcance da gente, aí a gente pede ajuda para a equipe da saúde.

Nesse discurso coletivo, os ACS mencionam como uma das práticas cotidianas o encaminhamento para a unidade de saúde tanto das questões relacionadas à carteira do adolescente como das necessidades apresentadas pelo mesmo. O ACS encaminha para o enfermeiro e ressalta que o comparecimento à unidade ocorre mais pelas adolescentes. Além disso, os adolescentes de ambos os sexos apresentam interesse maior pelo atendimento odontológico.

As questões de gênero permeiam as relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Os principais problemas registrados quanto à saúde sexual e reprodutiva relacionam-se às adolescentes e mulheres jovens. Isso se deve ao fato de a responsabilização cultural e social pela reprodução e pelos cuidados de saúde da família recair sobre a mulheres, realidade muitas vezes reproduzidas pelos serviços de saúde, o que explica serem as mulheres a maioria dos usuários do SUS, inclusive no segmento juvenil. Essa situação reflete as desigualdades de poder nas relações de gênero: o menor poder das mulheres termina por expô-las à gravidez não planejada e aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a distintas formas de violência que afetam a saúde (BRASIL, 2006).

Apesar de os problemas quanto à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e mulheres jovens sobressaírem nos registros, Heilborn *et al.* (2006) ressaltam o fato que

as trajetórias afetivo-sexuais e reprodutivas dos adolescentes homens têm características distintas das vividas pelas meninas nessa fase. De modo geral, eles iniciam a vida sexual mais precocemente, têm maior número de parceiras eventuais ou simultâneas, estando, portanto, mais expostos a uma gravidez não planejada que pode ter como desfecho o aborto provocado.

A resistência dos adolescentes quanto ao comparecimento à unidade básica de saúde evidencia-se diante do interesse desse grupo em ter solucionadas as suas necessidades através do contato com o ACS. Esse trabalhador de saúde, por ser morador da comunidade em que atua e possuir características socioculturais semelhantes às famílias adscritas à área de trabalho, é eleito pelos adolescentes como a pessoa mais próxima para representá-los junto à equipe de saúde.

Nesse sentido, a função do ACS de articulador entre a comunidade e a unidade básica de saúde requer conhecimento cotidiano na busca de valorizar, incorporar e respeitar saberes e culturas populares locais, interagindo com a comunidade de forma solidária, evocando aspectos da interação social, das relações humanas, estimulando a participação social e a cidadania, ao mesmo tempo em que assume o compromisso de buscar integrar conhecimentos técnicos oriundos do saber científico (CAMPOS; MATTA, 2007).

De seu discurso, apreende-se que o ACS tem noção do limite do exercício de sua função, uma vez que manifesta a necessidade de encaminhar para a equipe de saúde as situações que ultrapassam sua área de competência. O ACS desenvolve práticas por meio de orientações básicas e quando não sente segurança em determinado assunto ou questão de saúde referenciam para o restante da equipe. No entanto, foi nítido o esforço do ACS em orientar o máximo possível, porque nem sempre o adolescente comparece à unidade para o atendimento.

IC5-DSC5: Linguagem, aceitação e brincadeiras como estratégias de abordagens

Se eu souber como abordar, pode ser que eu consiga alguma coisa, pois vão surgindo novas oportunidades. Cada adolescente tem o seu gosto, seja lá por música ou qualquer coisa, por time de futebol, eu vou nesse ponto, você não pode querer uma atitude muito rígida de um adolescente [...]. Você tem que entrar no mundo deles e quando você estiver no mundo deles, você tem que passar o que você sabe. A gente se mostrar que está bem à vontade com eles, não ignorar assim, sabe? Certos costumes deles, repreender o jeito deles, o estilo deles, roupas. Aí você vai bater de frente. Trabalho muito para despertar a curiosidade. Acontece de a gente fazer uma abordagem, tem que chegar brincando, tem que conquistar, tem que ter um jeitinho, ser mais dinâmica, tudo é um degrau após o outro, já deixo a pessoa bem à vontade, eu já entro na intimidade mesmo e vou fundo [...]. A gente tem que falar muito a questão da linguagem com um vocabulário deles mesmos para poder ver se a gente conversa. Eu não uso a linguagem como se eles tivessem fazendo algo de errado, eu trato como uma coisa normal. Se você chegar, ficar falando em doença, eles não vão nem lhe ouvir [...]. Para eles falarem deles para a gente é difícil. Quando você começa a conquistar a confiança deles, eles já começam a falar. Eu sempre uso a estratégia de chegar já como uma amiga e não como uma profissional de saúde, porque quando você chega como profissional, eles ficam até meio com receio. Finjo que estou precisando de alguma coisa, eles se sentem uma pessoa capaz, aí entro no assunto deles.

Para os ACS, a comunicação não é tarefa fácil, sem conflitos. Cada um, transmissor ou receptor, é ativo nesse processo e realiza árduo trabalho de compreensão, de tradução do conhecimento, para que ele possa ser comunicado. Esse trabalho, na maior parte das vezes inconsciente, acontece com base

nas crenças, concepções, enfim, na forma de ver e compreender o mundo das pessoas que dele participam. Isso é, acontece sem percepção, inconscientemente, refletindo, assim, a percepção de mundo (MOROSINI, 2010).

A aceitação da maneira de ser do adolescente esteve presente no discurso como um dos fatores a ser considerado em uma abordagem eficaz. Os agentes de saúde destacam a necessidade de conhecer o adolescente, o comportamento, os costumes, os gostos, o estilo, para agir de acordo com as características e peculiaridades de cada um. Para alcançar esse nível de apreensão, é necessário deter o conhecimento acerca da dinâmica familiar e de cada adolescente da área adscrita.

As brincadeiras e o cuidado com a linguagem foram estratégias empreendidas pelo agente de saúde de acordo com o discurso. As brincadeiras realizadas pelo profissional propiciam clima descontraído, leve e dinâmico, além de facilitar o envolvimento e a relação de confiança com o adolescente. Tal abertura pode favorecer ao trabalhador o aprofundamento em questões de intimidade e as necessidades do adolescente e, assim, fornecer orientação de qualidade. A adequação da linguagem pelo ACS junto à população adolescente favorece o desenvolvimento do diálogo. Também é pertinente considerar a não utilização de palavras de condenação em relação às atitudes do adolescente. Além disso, a experiência desse trabalhador mostra que não é estimulado o uso de orientações sobre doenças e outros assuntos que os adolescentes não estão interessados, sem prévia abordagem de interação.

Conclusão

Em relação à percepção dos ACS sobre o adolescente, assimilou-se, por meio dos discursos que os trabalhadores não detem percepção ampliada sobre tal concepção e que o nível de conhecimento demonstrado parece estar associado, em parte, às experiências cotidianas no exercício da função.

Quanto à investigação sobre as práticas dos agentes de saúde junto à população adolescente, observou-se que as reconhecem, principalmente, como de cunho domiciliar. Referem-se à realização da prática educativa como primordial para o desenvolvimento de atividades direcionadas à população adolescente e defendem como ação integrante da prática do agente comunitário o encaminhamento para a equipe de saúde.

Os ACS defendem a forma de abordagem como facilitadora da prática de cuidado ao adolescente, porque influencia na construção da relação de confiança, afeto e respeito tanto para promover o acesso a essa faixa etária como também em relação à escuta e aceitação pelos adolescentes. Esses trabalhadores valorizam o encontro e as condições de interação.

A prática do ACS varia entre dois polos, ora atuando de acordo com visão ampliada de saúde ora agindo com embasamento na concepção de saúde-doença. Mesmo diante das possibilidades da prática educativa com adolescentes, os ACS reconhecem as limitações para desenvolver tal função, ao mesmo tempo em que entendem a necessidade de engajamento de outros integrantes da equipe de saúde no cuidado ao adolescente.

Os agentes comunitários de saúde trouxeram à tona a necessidade de inetrática. Sugere-se que os ACS sejam incluídos em processos de educação permanente sobre o cuidado ao adolescente. ■

Referências

- BECKER, D. *O que é adolescência*. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1997. (Coleção Primeiros Passos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- BRENNER, A.K.; DAYRELL, J.; CARRANO, P. Juventude brasileira: culturas do lazer e do tempo livre. In: BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (orgs.). *Um olhar sobre o jovem no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 29-44.
- BORNSTEIN, V.J. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 487-497, 2009.
- CAMPOS, M.R.M.; MATTA, G.C. A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: MOROSINI, V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 107-150.
- FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.43-67.
- FONSECA, D.C.; OZELLA, S. As Concepções de Adolescências construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.14, n.33, p. 411-24, 2010.
- HEILBORN, M. L. *et al.* (Orgs.). *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz : Garamond, 2006.
- HORTA, N. C.; MADEIRA, A.M.F.; AARMOND, L.C. Desafios na atenção à saúde do adolescente In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORE, E. (Orgs.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. São Paulo: Manole, 2009. p. 119-141.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
- MOROSINI, M. V. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.
- OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: KOLLER, S.H. (Org.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p.16-24.
- RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.A. *Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2009.
- TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.331-40, 2007.

Recebido para publicação em agosto de 2012

Versão final em abril de 2014

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Alterações corporais como fenômeno estético e identitário entre universitárias*

Body changes as aesthetic and identity phenomenon among female university students

Jairo Antônio da Paixão¹, Maria de Fátima Lopes²

RESUMO: Este artigo trata de pesquisa de natureza qualitativa, realizada com o objetivo de verificar as percepções, atitudes, comportamentos e sentimento de identidade subjacentes às narrativas de universitárias submetidas a cirurgias estéticas de alteração corporal para atender ao padrão de beleza corporal prevalente na sociedade atual. Verificou-se um esforço de pertencimento e identificação a um agrupamento social de referência, composto por pessoas que detêm ou se esforçam para manter o corpo nos padrões ideais de beleza vigente. O desejo de liberdade que marcou o ideal feminino de emancipação, que, por sua vez, alicerçou os movimentos feministas, sucumbiu à ditadura de uma estética corporal que se opõe veemente à obesidade e ao envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Corpo humano; Estética; Ego; Adulto jovem.

ABSTRACT: *This study is a qualitative research that analyzes the perceptions, attitudes, behaviors and sense of identity underlying the narratives of female university students submitted to cosmetic surgery so to meet the standards of beauty prevalent in current society. There has been an effort of belonging and identification to a social grouping, composed of people who hold or are striving to keep the body under ideal beauty prevailing standards. The desire for freedom that characterized the feminine ideal of emancipation, which underpinned feminist movements, succumbed to the dictatorship of a body aesthetics which opposes strongly to obesity and aging.*

KEYWORDS: *Human body; Esthetics; Ego; Young adult.*

* Artigo resultante de pesquisa de pós-doutoramento desenvolvida junto ao NIEG - Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gênero da Universidade Federal de Viçosa, MG.

¹Doutor em Ciência do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) - Vila Real, Portugal. Professor adjunto da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) - Ouro Preto (MG), Brasil. jairopaixao2004@yahoo.com.br

²Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora Associada da Universidade Federal de Viçosa (UFV) - Viçosa (MG), Brasil. mflopes@ufv.br

Introdução

A busca por um padrão de beleza ideal consiste em uma prática observada nas sociedades ocidentais desde a antiguidade clássica (BOTELHO, 2009). Criados e modificados conforme os costumes de cada época, esses padrões de beleza, denominados ideologia do culto ao corpo, encontram-se permeados pela cultura narcísica, que, por sua vez, materializam-se predominantemente pela preocupação do indivíduo com o volume e as formas corporais (VASCONCELOS ET AL, 2004; CASTRO, 2007).

Visto dessa maneira, o corpo é entendido como uma construção, mutável e mutante, suscetível a mudanças e intervenções concernentes ao desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura, suas leis, códigos morais e do modo de produção de significados na vida cotidiana (GOELLNER, 2003). Essas considerações coadunam com as ideias de Marcel Mauss que, em 1935, em sua obra *As técnicas corporais*, ampliou o entendimento sobre corporeidade ao afirmar que os corpos não são apenas biológicos, mas construídos socialmente (MAUSS, 1974).

Sob a égide do capitalismo, no qual o corpo é tomado como um bem de consumo, legitimaram-se as alterações corporais, tornando-as aceitáveis e acessíveis, o que viabiliza aos indivíduos a construção de suas identidades corporais (KEMP, 2005). Entre as formas recorrentes e socialmente 'aceitáveis' de alterações corporais, como tatuagens, piercings e aplicações de botox, nomeadamente, a cirurgia estética amplia a concepção de anatomia para matéria prima a ser modelada, redefinida e submetida ao padrão corporal vigente (LE BRETON, 2003). No Brasil, a adequação a um padrão corporal socialmente imposto atingiu um limiar de fugacidade que, como afirma Goldenberg (2005), traz a sensação de que o corpo entra e sai de moda em ritmo semelhante às tendências das roupas de determinada estação. Trata-se de um padrão estético 'ideal' que historicamente associa mulher e beleza e, por sua vez, coloca-se avesso à

feiura, hoje intimamente ligada à gordura e ao envelhecimento (NOVAES, 2011).

Essas alterações corporais, por meio das cirurgias estéticas, transcendem o sentido literal de simples metamorfose das características físicas do indivíduo (LE BRETON, 2006). Decorre daí um processo que, num primeiro momento, incidirá sobre o imaginário e, posteriormente, exercerá implicações na relação do indivíduo com o seu meio social. Haja vista que, ao alterar o corpo, o indivíduo busca mudar concomitantemente sua vida e o seu sentimento de identidade (LE BRETON, 2003). O entendimento de identidade adotado neste estudo baseia-se na concepção teórica de Hall de que a identidade é um processo em formação que não parte apenas do indivíduo, mas de suas relações sociais (HALL, 2006).

Ainda que se tenha observado o aumento da adesão pelo público masculino por procedimentos cirúrgicos estéticos nas últimas décadas, ainda é o sexo feminino que compõe quase a totalidade (cerca de 90%) das intervenções cirúrgicas com fins estéticos no Brasil (LEAL ET AL, 2010). E, dentre os procedimentos mais procurados, encontram-se a lipoaspiração, prótese e redução mamária, plástica de abdômen e rejuvenescimento da face. Estas mulheres têm, em geral, entre trinta e quarenta anos; contudo, a procura por parte de adolescentes vem-se acentuando nos últimos dez anos (LEAL ET AL, 2010).

Ao considerar que, no Brasil, uma significativa parcela jovem da população tem buscado o corpo ideal por meio de intervenções cirúrgicas e as implicações dessas intervenções em termos de significações e na qualidade de vida desta população, motivou este estudo.

Assim, investigaram-se as percepções, atitudes, comportamentos e sentimento de identidade subjacentes às narrativas de universitárias submetidas à cirurgia estética para alterações corporais condizentes com o padrão de beleza corporal prevalente na sociedade atual. Os argumentos que conformam este estudo fundamentam-se no trabalho de campo que, durante o ano de

2011-2012, foi realizado no campus de uma instituição de ensino superior no Estado de Minas Gerais via observação das atitudes e comportamentos das universitárias sujeitos da pesquisa e com a realização de relatórios descritivos e entrevistas focalizadas.

Método

O estudo empregou os procedimentos metodológicos de uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva (LAKATOS; MARCONI, 2007; THOMAS; NELSON, 2007; YIN, 2011). Realizou-se uma descrição do fenômeno em seu contexto sociocultural e levantaram-se questões e hipóteses para posteriores pesquisas.

A amostra foi composta por 17 universitárias, escolhidas por amostra de conveniência. A opção pelas percepções de um grupo restrito, embora representativo, justifica este tipo de abordagem ligada à busca, por parte de uma parcela da população, por adequação identitária advinda de um padrão corporal socialmente construído e vigente na sociedade atual por meio das alterações corporais (LEAL ET AL, 2010; YIN, 2011).

O interesse em trabalhar com jovens universitárias coaduna com dados fornecidos pela American Society of Plastic Surgeons (ASPS, 2012) e Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2011), que evidenciam considerável crescimento na redução da faixa etária de pessoas, em sua maioria mulheres, que buscam alterações corporais por meio de cirurgia estética. Até alguns anos atrás, a cirurgia estética associava-se, comumente, às idades mais avançadas, visando, sobretudo, à correção de marcas do tempo decorrentes do processo de envelhecimento (LEAL ET AL, 2010).

Quanto à delimitação do grupo amostral por jovens mulheres que se encontravam regularmente matriculadas em cursos de nível superior, deveu-se ao entendimento que elas apresentavam maior acesso à informação, além de potencial para o desenvolvimento de análises críticas, a despeito de trabalhos que

mostram que, mesmo em futuros profissionais da saúde, a força do ideal estético socialmente construído prevalece (BOSI ET AL, 2006).

A seleção das participantes se deu de forma controlada, não randomizada, na qual se adotaram como critérios de inclusão jovens universitárias que haviam submetido a, pelo menos, uma intervenção de cirurgia estética e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada fundamentada na produção científica especializada. O processo de elaboração e validação das questões que compuseram a entrevista seguiu a Técnica Delphi (DUFFIELD, 1993; THOMAS; NELSON, 2007). Trata-se de uma técnica projetiva de levantamento realizada por um grupo de especialistas que busca, ao longo de uma série de fases, alcançar um consenso sobre determinado assunto por meio de julgamentos sobre os itens apresentados. O número de fases empregadas no processo de validação de um determinado instrumento pode variar de duas a cinco, até que cada questão receba acima de dois terços de repostas afirmativas (DUFFIELD, 1993).

A partir de uma sucessão de pareceres de três especialistas (professores doutores, com experiência na área), num total de quatro fases, obteve-se consenso no tocante às questões investigativas sobre os aspectos decorrentes de alterações corporais como fenômeno estético e identitário entre universitárias. Adicionalmente às entrevistas, realizaram-se observações juntamente com a elaboração de relatórios no decurso de 2011-2012. A coleta de dados aconteceu a partir de agendamento prévio com as participantes. Na organização e análise dos dados coletados, utilizou-se o programa N-Vivo 9, versão em português. As análises estatísticas foram realizadas por meio de estatística descritiva. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Minas, Muriaé-MG, sob o Processo n.0775/2011, de 25 de setembro de 2011.

Resultados e discussão

A faixa etária da amostra, composta por 17 mulheres universitárias, variou dos 18 aos 23 anos, com média de 19,8 anos \pm 1,9. Em sua totalidade, as participantes eram solteiras, se encontravam na situação de dependentes das famílias, pertencentes à classe média e média alta da sociedade. Como mostra a *tabela 1*, apesar de se tratar de um segmento consideravelmente jovem, percebe-se a ocorrência de mais de uma intervenção cirúrgica com fins estéticos.

Esse resultado estão de acordo com outros da literatura como os da American Society of Plastic Surgeons (ASPS, 2011; 2012), da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2011) e de Neto e Capari (2007), que revelam o aumento de cirurgias com fins estéticos por segmentos cada vez mais jovens da sociedade. Ao se considerarem aspectos como biótipo, fenótipo, estatura, níveis de simetria que sinalizam, nessa contemporaneidade, um padrão de beleza, pode-se afirmar que as universitárias informantes deste estudo compõem um grupo privilegiado. Ainda que não se trate de informações diretamente objetivadas pela pesquisa, podem representar elementos para se analisar aspectos do grupo amostral e sua relação, ou não, com o fenômeno em foco.

Nessa perspectiva, os principais motivos que contribuíram para a realização da

cirurgia estética, constantes da *tabela 2*, mostram relativa variabilidade.

De acordo com a *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS, 2012), busca-se, por meio da realização da cirurgia estética, possibilidade de conferir nova forma a estruturas normais do corpo, visando, sobretudo, à melhoria da aparência física e autoestima do(a) paciente. Dentre os motivos apresentados na *tabela 2*, encontra-se a busca em adequar o corpo a um padrão corporal de beleza construído e imposto na atualidade. Dessa feita, é possível inferir que a sensação de autoestima, de sentir-se bem e feliz consigo mesma envolve, indubitavelmente, alcançar os padrões de beleza impostos “pelos modelos vigentes ou pelo poder das normas organizadoras do ethos sociocultural” (NOVAES, 2011, p. 482). O estar fora desses padrões pode chegar à representatividade de um defeito e, geralmente, quando se tem condições financeiras, o caminho eficaz tem sido, invariavelmente, as intervenções cirúrgicas, amplamente, oferecidas pela medicina da beleza (RIBEIRO, 2006; NETO; CAPARI, 2007).

Na maioria das vezes, a busca por esses padrões de beleza é o que interliga uma variedade de fenômenos que se tornam cada vez mais comuns, como a maior incidência de bulimia e anorexia, as malhações, as ‘dietas duvidosas’ e as cirurgias plásticas estéticas (NETO; CAPARI, 2007). Esse fato, somado à faixa etária cada vez mais baixa das pessoas que

Tabela 1. Número e porcentagem de intervenções no âmbito da cirurgia estética

Ocorrência	Nº	%
Uma intervenção	11	64,7
Duas intervenções	4	23,5
Três intervenções	2	11,8
Mais de três intervenções	–	–
Total	17	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Principais motivos alegados pelas entrevistadas que contribuíram para a realização da cirurgia estética de implante de silicone nas mamas

Motivo	Nº	%
Achava meus seios pequenos	7	41,18
Desproporção entre seios e glúteos	4	23,53
Melhoria da autoestima	3	17,65
Fui convencida pelo cirurgião plástico	2	11,76
Fui convencida por familiares e amigas	1	5,88
Outros	-	-
Total	17	100,00

Fonte: Elaboração própria

buscam os recursos imediatos oferecidos pelas cirurgias estéticas, representa um indicador que merece atenção dos órgãos públicos ligados à saúde no meio social.

Outra situação que chama a atenção para os motivos que levaram à realização de cirurgias estéticas pelas jovens é a influência da sugestão de seus respectivos médicos, como se percebe na fala de uma das informantes:

[...] inicialmente, busquei um cirurgião plástico visando a fazer a lipoaspiração, pois minha barriga sempre me incomodou. Não tinha problemas com meus seios. Achava eles normais, sabe. Então, no consultório, fui convencida a fazer também o implante de silicone nas mamas. O médico me ofereceu uma espécie de pacote que valeu muito a pena [...].

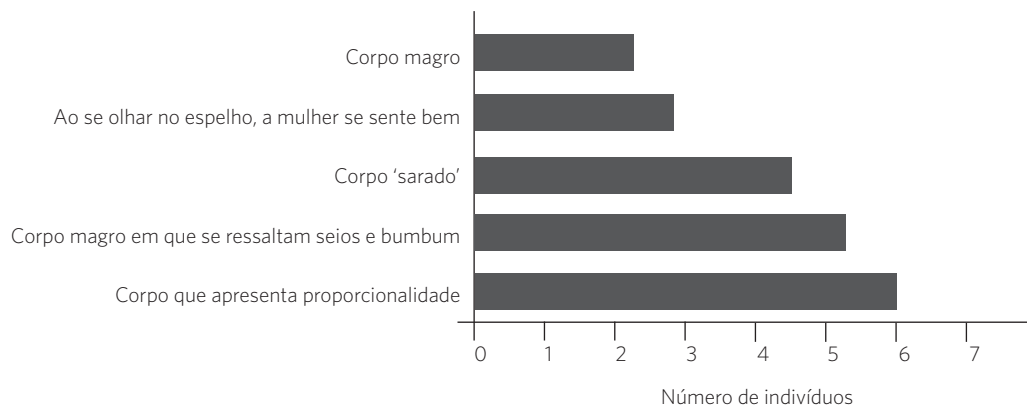
Essa fala, reunida aos outros depoimentos em que transparece a influência médica na decisão das informantes em se submeter a uma cirurgia estética, evidencia a mercantilização da medicina da beleza. Vive-se um período de franco avanço nas técnicas, procedimentos e produtos ligados à indústria da beleza - tecnicização da beleza - e, com ele, parece crescer, na mesma proporção, a criação de necessidades aos referidos recursos

da medicina. Dessa forma, tornou-se comum ver-se em certos programas e comerciais de TV o oferecimento de cirurgias estéticas, com formas de pagamentos acessíveis a todos. Em se tratando de profissionais de medicina, o impacto desse achado é ainda mais relevante, pois se profissionais no campo da saúde, apesar de sua experiência nos domínios da cirurgia estética ou reparadora, desejam estar a serviço da mercantilização da medicina da beleza nos padrões impostos pela mídia e indústria cultural, evidencia-se a importância do tema como questão social.

Ao se considerar a forte influência do imaginário referente aos ideais de beleza sobre os diferentes segmentos que compõem a sociedade atual, tornou-se relevante analisar as concepções de 'corpo ideal' apresentadas pelas informantes, mostradas no gráfico 1.

Se, num primeiro momento, os resultados parecem tender para uma variabilidade de concepções de corpo, uma análise mais minuciosa possibilita afirmar a existência de uma relação direta entre as concepções de 'corpo ideal' e o padrão de corpo perfeito vigente na sociedade atual, em que ser magro é uma condição sine qua non para a felicidade. Essa afirmação corrobora os resultados obtidos por estudo desenvolvido por Bosi *et al.*

Gráfico 1. Concepção de 'corpo ideal' pelas entrevistadas que se submeteram a cirurgia estética



Fonte: Elaboração própria

(2006) sobre autopercepção da imagem corporal de 193 estudantes de curso de nutrição no município do Rio de Janeiro, que verificou que a imagem corporal idealizada pelas universitárias ajusta-se ao padrão preconizado pelo contexto sociocultural atual, no qual se sobressaem a lipofobia ou o império da magreza. Tem-se, ainda de forma explícita, a máxima de que o brasileiro gosta de 'peito' e 'bunda', preferencialmente num corpo magro, esculpido em academia, ora denominado corpo 'sarado' ou corpo 'turbinado'. Ao bisturi fica a responsabilidade do toque final.

Chama à atenção a prevalência do desejo por um corpo magro e delineado pelas informantes desse estudo. Entretanto uma parcela muito pequena das entrevistadas buscava antes da realização da cirurgia estética um estilo de vida ativo, o que inclui atividade física regular e alimentação saudável. Essa situação foi substancialmente alterada após a realização da intervenção cirúrgica. A explicação contida nos depoimentos para tal ocorrência fundamenta-se nos resultados positivos da cirurgia, bem como no entendimento de que é um investimento que precisa ser mantido. Ao sucumbirem à ditadura da beleza, magreza e manutenção da juventude - que se inicia cada vez mais cedo em termos de faixa etária - essas mulheres o

fazem como uma escolha pessoal e autônoma. Nessa linha de raciocínio, não se levam em consideração os mecanismos de regulação social que transformam o corpo cada vez mais em uma prisão ou mesmo num inimigo a ser combatido e dominado constantemente. A partir de estudos realizados, essa situação foi denominada "moralização do corpo feminino" (BAUDRILLARD, 1981; NOVAES, 2011).

Ao se questionar sobre a autopercepção corporal, antes e após a cirurgia estética para implantação de silicone, fica nítida a importância dos seios e de seu enquadramento em um padrão ideal na vida dessas jovens mulheres. Isso é demonstrado nas falas agrupadas nos quadros 1 e 2.

Os depoimentos dessas informantes evidenciam implicações de uma harmonia corporal, com destaque para os seios em suas vidas e para os diferentes papéis sociais desempenhados por elas na sociedade atual. Para as mulheres, a função dos seios, afora os períodos de lactação, é um órgão de identidade sexual feminina. Os seios são componentes importantes da autoimagem de uma mulher e para seu sentido psicológico da feminilidade e da sexualidade (ASPS, 2012).

A argumentação dessas jovens mulheres deixa transparecer o que Le Breton denominou de 'estética da presença'. De acordo com

Quadro 1. Autopercepção corporal antes da realização do implante de silicone nos seios

"Meus seios eram pequenos e por mais que me arrumava, ficava a sensação de que estava faltando alguma coisa"

"Meus seios e glúteos eram muito desproporcionais e certos tipos de roupas eu sequer poderia pensar em usar"

"Na hora de sair de casa era sempre complicado. Escolher roupas, uma tortura"

"Eu me olhava no espelho e me sentia incompleta..."

"Desde os 15 anos já sabia que meus seios não cresceriam como os de minhas colegas". "... na época, o implante de silicone foi o presente que pedi aos meus pais...". "... o presente veio aos 18 anos". "... uma felicidade sem explicação..."

"Momentos de lazer como ir à piscina ou praia era uma tortura para mim ...".

"Sentia-me mal quando estava com minhas amigas em lugares como a beira de piscina e praia". "Ficava sempre fazendo comparação dos seios"

Fonte: Elaboração própria

o autor, tem-se nessa contemporaneidade um corpo na condição de acessório, modulável ao bel prazer e às necessidades (LE BRETON, 2003). As mudanças de postulados socioculturais referentes aos sentidos de corpo ocorridas no século XVIII transformaram o corpo físico na entidade necessária para se conhecer a pessoa

que esse corpo abriga (NICHOLSON, 2009). A lógica parece fundamentar-se na busca por identidade ou pertencimento a um determinado grupo que se impõe no meio social a partir de 'ajustamento corporal' – o que inclui os recursos disponíveis pela indústria da beleza, tais como cosméticos, dietas, acessórios como

Quadro 2. Autopercepção corporal após a realização do implante de silicone nos seios

"Tudo mudou e para melhor"

"Sinto-me muito realizada. A auto estima está sempre em alta"

"Depois da cirurgia me sinto poderosa"

"Parece que a gente chama a atenção. Tornei-me mais visível para as pessoas"

"Aumenta a vontade de sair de casa e comprar roupas que realçam mais o corpo e os resultados da cirurgia"

"Acho que me tornei mais feliz e animada para fazer as muitas tarefas que tenho no dia a dia"

Fonte: Elaboração própria

piercings e cirúrgicas estéticas - aos padrões de beleza erigidos e legitimados atualmente.

No âmbito social, Hall (2006) considera três concepções diferentes de identidade: a do sujeito do iluminismo, do sujeito sociológico e do sujeito pós-moderno. Segundo a visão do sujeito do iluminismo, a identidade era baseada na centralidade do indivíduo em relação à sociedade, intrínseca ao indivíduo; já a noção sociológica era definida pela relação entre o indivíduo e a cultura; e a visão pós-moderna fala em múltiplas identidades não permanentes.

Assim, o indivíduo moderno não tem uma identidade formada, mas construída a partir de suas relações sociais. A concepção de identidade do mundo moderno possibilita ao indivíduo ter múltiplas identidades. Nesses termos, a identidade muda de acordo com a forma como o sujeito é interpelado ou representado, a identificação não é automática, mas pode ser adquirida ou perdida (HALL, 2006).

É a partir desse processo de construção que se analisam as alterações corporais através de cirurgias estéticas não somente como fenômeno estético, mas também identitário. Nessa discussão, é relevante considerar a afirmação feita por Naomi Wolf, em sua obra 'O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres', que o crescimento da cirurgia estética estaria relacionado a uma estratégia para desempoderar a própria mulher. Em outras palavras, significa afirmar que as novas tecnologias de cirurgias estéticas foram desenvolvidas com o objetivo de retomar sobre as mulheres antigas formas de controle médico (WOLF, 1992).

Se assim for, como explicar a intencionalidade e autonomia da mulher atual? O sentir-se bem, com a autoestima em alta, está diretamente subjugado a uma padronização do corpo como ordena os ditames sociais, legitimados e reconhecidos como exemplos e essenciais? Vive-se uma condição de prática irrefletida?

Vive-se uma situação em que certos valores atuais parecem contrapor àqueles que,

na década de 1970, balizaram os movimentos feministas. Como afirma Novaes (2011), em defesa do direito ao aborto, ao agenciamento dos seus próprios corpos e à liberdade sexual, as mulheres gritavam 'nosso corpo nos pertence'. O quadro atual leva a pensar que as reivindicações pela autocracia do corpo e o desejo de liberdade que marcaram o ideal feminino de emancipação, que, por sua vez, alicerçaram os movimentos feministas, sucumbiram à ditadura de uma estética corporal que se opõe veemente à obesidade e ao envelhecimento.

Nessa perspectiva, subvertida a uma lógica de controle e imposição a um padrão estético corporal erigido como 'ideal' na atualidade, a busca dessas jovens mulheres por pertencimento ou identidade a um grupamento dar-se-ia a partir de expressiva internalização de um padrão corporal como algo natural e necessário em um determinado momento histórico. Nas palavras de Louro (2007, p.21), "reconhecer-se numa identidade supõe, pois, responder afirmativamente a uma interpelação e estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social de referência".

Ainda que não se tenha chegado a argumentações conclusivas sobre as questões levantadas neste estudo, recorre-se a Foucault (2010), que apresenta alguns elementos que contribuem para o entendimento do processo de naturalização das relações construídas social e culturalmente. O autor sustenta o entendimento de que houve, em meados do século XVII até o século XIX, um deslocamento do eixo de poder. Com o advento das descobertas da medicina, o poder que antes era exercido como um controle absoluto passa a ser disseminado como um controle dos indivíduos por meio da imposição de disciplina aos corpos (métodos higiênicos) e do controle das populações via políticas médicas regulamentadoras (controles de natalidade, longevidade etc.). O poder não está circunscrito somente à ótica da repressão centralizada, mas também se inscreve de forma discursiva entre as pessoas, tendo como alvo o "corpo humano, não

para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo” (FOUCAULT, 2008, p.47). Enfim, o corpo se tornou objeto de uma das mais fortes regulações sociais (FOUCAULT, 1987). Pode-se afirmar que há um longo processo histórico e social de construção dos significados do corpo que levam a considerar diferentes formas de atribuições e usos do corpo pelo sujeito na sociedade atual.

Considerações finais

A partir das constatações e dos resultados analisados neste estudo, é possível afirmar a prevalência nas universitárias por um ideal de corpo estabelecido no âmbito social. Disso decorre um sentimento de pertencimento e identidade a um grupamento social de referência, ou seja, composto por pessoas que detêm ou se esforçam para manter o corpo em consonância aos padrões ideais de beleza vigente. Detectou-se, nos depoimentos das entrevistadas, uma expressiva capacidade de convencimento dos cirurgiões plásticos

a uma parcela dessas jovens para a realização de novas intervenções e, para isso, oferecem pacotes ou facilidades na forma de pagamento dos custos da cirurgia. Trata-se de uma situação que merece atenção por parte da população e sua respectiva conscientização, bem como das entidades ligadas à saúde pública, dados os riscos envolvidos em intervenções cirúrgicas.

Ressaltam-se mudanças nas percepções, atitudes e comportamentos subjacentes às diferentes esferas da vida social, entendidas pelas universitárias como aumento da autoestima em decorrência dos resultados positivos advindos da cirurgia estética para implantação de silicone nos seios. Ainda que devam ser considerados, dentro das devidas proporções, os riscos envolvidos numa intervenção cirúrgica, as alterações corporais são percebidas pelas informantes como um investimento pessoal e, para a sua manutenção, há adesão de hábitos saudáveis como frequência diária a academias, aumento da preocupação com a alimentação e outros cuidados visando à estética. ■

Referências

AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS (ASPS) [internet]. *What is the difference between cosmetic and reconstructive surgery?* Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org/FAQ-What-is-the-difference-between-cosmetic-and-reconstructive-surgery.cfm>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

_____. *Report of the 2010 Plastic Surgery Statistics*. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org/FAQ-What-is-the-difference-between-cosmetic-and-reconstructive-surgery.cfm>>. Acesso em: 13 maio 2011.

BAUDRILLARD, J. *A sociedade de consumo*. São Paulo: Edições 70, 1981.

BOSI, M.L.M. *et al.* Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, out. 2006, p. 108-113.

BOTELHO, F.M. Corpo, risco e consumo: uma etnografia das atletas de fisiculturismo. *Revista Habitus*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, set. 2009, p. 104-119.

- CASTRO, A.L. *Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo*. São Paulo: Annablume, 2007.
- DUFFIELD, C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. *International Journal of Nursing Studies*, London, v. 30, n. 3, maio 1993, p. 227-237.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- _____. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal Editora, 2008.
- _____. *Em defesa da sociedade*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- GOELLNER, S.V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G. L. *et al* (Org). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- GOLDENBERG, M. Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicologia Clínica*, São Paulo, v. 17, n. 2, maio-ago. 2005, p. 65-80.
- HALL, S. *Identidade cultural na pós modernidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- KEMP, K. *Corpo modificado, corpo livre?* São Paulo: Paulus, 2005.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Metodologia do trabalho científico*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- LE BRETON, D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus, 2003.
- _____. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- LEAL, V.C.L.V. *et al*. O corpo, a cirurgia estética ea Saúde Coletiva: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, set./dez. 2010, p. 77-86.
- LOURO, G.L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- MAUSS, M. As técnicas corporais. In: LÉVI-STRAUSS, C. (Org). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.
- NETO, P.P.; CAPARI, S. A medicalização da beleza. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23, ago./out. 2007, p. 569-584.
- NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Estudos feministas*, Santa Catarina, v. 8, n. 2, out. 2009, p. 09-16.
- NOVAES, J.V. Beleza e feiura: corpo feminino e regulação social. In: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (Org). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011.
- RIBEIRO, L. *Cirurgia Plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença* [internet]. Disponível em <<http://www.antropologia.com.br/arti/colab/vram2003/a13-lbribeiro.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBCP) [internet]. Disponível em: <www.cirurgioplastica.org.br/>. Acesso em: 10 jun. 2011.
- THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. *Métodos de pesquisa em atividade física*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- VASCONCELOS, N.A. *et al*. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 4, n. 1, out./dez. 2004, p. 65-93.
- WOLF, N. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.
- YIN, R. K. *Applications of case study research*. Canadá: Sage Publications, 2011.

Recebido para publicação em fevereiro de 2013
 Versão final em abril de 2014
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto

Sacred dance and quality of life in women mastectomy: a pilot study

Fernanda Sucasas Frison¹, Antonieta Keiko Kakuda Shimo², Mairany Gabriel³

RESUMO: Avaliou-se a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas que participaram do grupo de estudo e do grupo de controle antes e após a prática da dança circular. Trata-se de estudo de intervenção com duração de três meses e amostragem de 35 mulheres. Aplicaram-se os questionários World Health Organization Quality of Life-bref para avaliar a qualidade de vida e outros para caracterização da amostra. Após a intervenção, análises estatísticas mostraram diferenças significativas no grupo de estudo quanto aos domínios psicológico, físico e meio ambiente, dado congruente com o discurso das participantes da pesquisa sobre o benefício da dança. O resultado incentiva a continuação da prática da dança circular na promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Mastectomia; Qualidade de vida; Neoplasias da mama; Dança.

ABSTRACT: *This interventional study evaluated the life quality of women who underwent mastectomy that participated in the study and in the control group carried out before and after the application of sacred dance. The World Health Organization Quality of Life-BREF version was applied as well as other demographics questionnaires. Statistical analysis revealed significant differences after the intervention as for the study group in what psychological, physical and environmental perspectives are concerned. The sacred dance has provided benefits and changes in life quality of women in the study group. The results of this study may encourage health professionals to carry on alternative forms of care.*

KEYWORDS: *Nursing; Mastectomy; Quality of life; Breast neoplasms; Dancing.*

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Enfermeira do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. fsucasas-frison@yahoo.com.br

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora do curso de graduação e pós-graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. akkshimo@gmail.com

³Especialista em Arteterapia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Professora do curso de pós-graduação em danças circulares da Universidade Internacional da Paz (Unipaz) - Campinas (SP), Brasil. mairanydancacircular@gmail.com

Introdução

As mulheres que passam pela experiência do câncer de mama e da mastectomia podem apresentar diversas complicações tanto no aspecto emocional, relacionados com sentimentos de inadequação da imagem corporal, depressão, angústia, baixa autoestima, como na parte física, com limitações nos movimentos dos braços e ombros, principalmente nos primeiros meses de pós-operatório, assimetria corporal, linfedema e alterações posturais (FERREIRA; MAMEDE, 2003; AMORIM, 2006; PRADO, 2004).

O câncer é uma enfermidade carregada de estigmas, sendo comum a sua associação com a morte e a dor (psicológica e física), apesar dos avanços tecnológicos e das possibilidades de tratamento existentes atualmente (SANTOS, 2007). Dessa forma receber o diagnóstico de uma doença tão temida e realizar os tratamentos disponíveis, como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia e terapia hormonal, que geram efeitos adversos, fazem com que as mulheres mastectomizadas alterem suas vidas no âmbito social, familiar, conjugal, e conseqüentemente, na qualidade de vida como um todo (DUARTE; ANDRADE, 2003; KEBBE, 2006; BALLATORI; ROILA, 2003).

A definição de qualidade de vida tem gerado reflexões ao longo dos anos, mas, a partir do início da década de 1990, tem havido certo consenso entre os estudiosos quanto aos aspectos relevantes do conceito, como a subjetividade e a multidimensionalidade (SEIDL; ZANNON, 2004). A Organização Mundial da Saúde, em 1993, definiu qualidade de vida como

a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1993, P.154).

Esse conceito foi o utilizado neste estudo em que o próprio sujeito é o principal protagonista na avaliação de sua qualidade de vida.

Durante a experiência profissional das autoras, observaram-se alterações na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, e, pensando em uma maneira de contribuir para o enfrentamento dessa realidade, elaborou-se um programa de intervenção que utilizou a dança circular como instrumento central. Esse tipo de estratégia de intervenção, além de proporcionar benefício social, é uma alternativa que se contrapõe aos modelos de atendimento fortemente biomédicos, que muitas vezes desconsideram aspectos psicológicos, sociais e culturais nas ações de promoção, proteção e prevenção da saúde.

A escolha da dança vai além do fato de, por meio dela, favorecer a atividade física, mas também porque possibilita a articulação entre a mente e o corpo, proporcionando relaxamento, distração, conscientização corporal, concentração, resgate da feminilidade, sensualidade, graça, expressão dos sentimentos por meio da linguagem corporal, permitindo prestar maior atenção ao próprio corpo (ALMEIDA, 2005).

A dança circular apresenta significação dos gestos, nos passos efetuados, resgatando a sensibilidade, a emoção e a valorização da experiência interna dos envolvidos (ALMEIDA, 2005). Na maioria das vezes, realiza-se em círculo, com homogeneidade entre as participantes, que ficam de mãos dadas, voltando à atenção para o centro da roda (eixo). Durante a atividade, trabalha-se o equilíbrio entre a pessoa e o coletivo, com a experiência de enraizamento e de união, onde os componentes do grupo percebem que não estão sozinhos, pelo contrário, encontram-se amparados e reconhecem a igualdade no centro da roda, visualizando a presença singular e insubstituível de cada componente ali presente (LEONARDI, 2007; COSTA, 2002).

Dessa forma, seja utilizando a dança circular ou outra estratégia de intervenção, os profissionais da equipe de saúde têm papel importante no processo de reabilitação das mulheres mastectomizadas. Por isso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de

vida de mulheres mastectomizadas que participaram do grupo de estudo (E) de dança circular, antes e após a intervenção, comparando com o grupo controle (C).

Material e métodos

Optou-se por um estudo de intervenção piloto com desenho quase-experimental, de abordagem quantitativa. A natureza do estudo piloto baseia-se no fato de se tratar de iniciativa que aponta para tendências com resultados preliminares, familiarização com o tema, podendo subsidiar outros trabalhos na área, de maior escala e com uma amostragem maior.

O programa de intervenção foi desenvolvido durante três meses, com encontros semanais de uma hora, totalizando doze encontros, que aconteceram em um salão de uma paróquia católica que cedeu o espaço para realização das práticas.

A divulgação da pesquisa e o processo de recrutamento das mulheres ocorreram durante o período de agosto de 2010 a janeiro de 2011 no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), um dos principais centros de referência do município de Campinas e região, e em dois centros de saúde próximos ao local em que foram realizadas as atividades.

O convite às mulheres deu-se por meio de conversa informal, adaptada às diversas situações, as quais eram informadas sobre os objetivos do estudo e a forma de participação. Os critérios de inclusão utilizados foram: mulheres submetidas à mastectomia parcial ou total, sem reconstrução mamária, com três meses a um ano de operadas, idade maior ou igual a 18 anos, sem metástase diagnosticada, conseguirem comunicar-se verbalmente e não apresentarem dificuldade de compreensão para responder ao instrumento de coleta de dados. Abrangeram-se sujeitos que se mostraram de fácil acesso, sendo, portanto, utilizada a amostragem por conveniência para formação de

dois grupos: controle (C) e de estudo (E). O grupo de estudo constituiu-se de 11 mulheres e o de controle, de 24, totalizando uma amostra de 35 mulheres.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEP/FCM/UNICAMP) em 24/11/2009, CAAE: 0861.0.146.000-09, parecer CEP: N. 1098/2009.

Utilizaram-se dois instrumentos de coleta de dados: o World Health Organization Quality of Life, versão bref (WHOQOL-bref), e um questionário sócio-demográfico. Antes da aplicação do WHOQOL-bref, os dados de identificação, de aspectos sociais e cirúrgicos para caracterização da amostra do estudo foram colhidos em um instrumento construído especificamente para essa finalidade e aplicado na forma de entrevista.

A pesquisadora realizou a coleta dos dados de ambos os grupos no primeiro encontro e, após três meses, somente do grupo controle (C). Para evitar vieses na pesquisa, outra pessoa, devidamente treinada, acompanhou a aplicação do instrumento no grupo de estudo (E) após os três meses de intervenção, colocando-se à disposição caso as mulheres tivessem alguma dúvida no questionário.

Há instrumentos genéricos e específicos para avaliar a qualidade de vida: os genéricos são multidimensionais, permitindo a mensuração de vários aspectos como capacidade funcional, dor, estado de saúde, emocional e vitalidade, podendo ser aplicados em diversos tipos de doenças, intervenções e culturas; já os específicos, avaliam uma percepção geral, enfatizando informações sobre os sintomas, incapacidades e limitações (MASSON, 2010).

Optou-se por um instrumento genérico como o WHOQOL-bref porque avalia a qualidade de vida de maneira mais ampla, não pontuando ações nem focando em demais suas atenções nas incapacidades físicas decorrentes das sequelas da mastectomia. O questionário constitui-se de 26 questões

divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK *ET AL*, 2000). As participantes deveriam responder às perguntas tendo como base as duas semanas imediatamente anteriores a realização da entrevista.

Para avaliar o efeito da intervenção sobre a qualidade de vida, estudaram-se outras variáveis, além da dança, que poderiam influenciar nos resultados e domínios do WHOQOL-bref, como o fato de estar em tratamento quimioterápico ou radioterápico, e o tipo de cirurgia realizada - mastectomia total ou quadrantectomia.

A prática da atividade física deveria ser considerada, porém, devido ao pequeno número de participantes que praticavam algum exercício regularmente, não foi possível fazer uma análise estatística que correlacionasse essa variável à qualidade de vida.

Para a análise dos dados, utilizou-se o software SAS versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003). Os escores de qualidade de vida do questionário WHOQOL-bref foram comparados intragrupos por meio do teste t pareado e, intergrupos, do teste t de Student. Este último também foi utilizado para comparação intragrupos, no momento pós-sessão, nos domínios do WHOQOL-bref, segundo o tipo de cirurgia: mastectomia ou quadrantectomia.

Para avaliar o efeito da intervenção sobre a qualidade de vida, utilizou-se a análise de Modelos Lineares Generalizados, com estimativa por meio das Equações de Estimção Generalizada (EEG) (VEIGA *ET AL*, 2010). Além do efeito do grupo de tratamento, consideraram-se também os efeitos de tratamentos adjuvantes - quimioterapia ou radioterapia - e as interações no período da intervenção com o grupo e tratamentos adjuvantes. Análises de contrastes também foram realizadas para avaliar o efeito de cada grupo entre os períodos. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

Resultados

A idade média das 35 mulheres estudadas foi de 52,4 anos, com variação entre 34 e 72 anos, estando 65,7% na faixa etária de 40 a 59 anos. Quanto ao estado civil, duas (5,7%) eram solteiras; vinte (57,1%), casadas; oito (22,9%), separadas; quatro (11,4%), viúvas e uma (2,9%) vivia como casada.

A faixa etária que predominou na amostra confirma dados da literatura sobre o aumento da incidência do câncer de mama na faixa etária acima dos 35 anos, sendo relativamente raro desenvolver a doença antes dessa idade (INCA, 2011).

Em relação ao grau de instrução, duas (5,7%) eram analfabetas, 24 (68,6%) tinham menos que oito anos de estudo e nove (25,7%) possuíam oito ou mais anos de estudo. Quanto à atividade laboral e ocupação, 12 (34,3%) eram donas de casa e 23 (65,7%) exercia alguma profissão, dentre elas: empregada doméstica, inspetora de alunos, promotora de vendas, distribuidora de produtos de beleza, comerciante, consultora de negócios, trabalhadora rural (extração de látex de seringueira), artesã, analista financeira.

Verificou-se que não houve participante que tivesse feito mastectomia bilateral ou quadrantectomia bilateral. A mastectomia unilateral foi feita por 14 (40%) delas e a quadrantectomia unilateral, por 21 (60%). A quadrantectomia, cirurgia que predominou em ambos os grupos, é uma forma de tratamento cirúrgico conservador e uma opção que favorece as mulheres quanto a uma melhor aceitação da imagem corporal (KRAUS, 1999).

Perguntou-se às mulheres se praticavam atividade física para verificar possível associação com a qualidade de vida. No entanto, não foi possível estabelecer essa correlação, pois a maioria da amostra, 30 (85,7%), considerava-se sedentária.

No que se refere às modalidades de tratamento vigentes, no período pré-intervenção, 12 (34,3%) mulheres realizavam quimioterapia e quatro (11,4%), radioterapia. No segundo

momento, ou seja, pós-intervenção (após os três meses), o número de mulheres que estavam em radioterapia se elevou para 15 (42,8%), diminuindo para oito (22,8%) o número das mulheres que estavam em quimioterapia.

O acréscimo de pessoas em radioterapia no período pós-intervenção deve-se, em parte, ao fato de algumas mulheres, após terem encerrado os ciclos de quimioterapia, começarem a radioterapia. Outras, na primeira entrevista, não haviam iniciado o tratamento, classificadas como casos novos na instituição, e após avaliação médica, em um momento posterior, iniciaram a radioterapia.

Para verificar se existia uma diferença significativa entre os dois grupos quanto à caracterização da amostra em relação às variáveis estado civil, anos de estudo, tipo de cirurgia,

tratamento, e atividade física, utilizou-se o teste exato de Fisher. O resultado dessa análise mostrou que os grupos eram homogêneos quanto a essas variáveis ($p > 0,05$).

A comparação intragrupos e entre os grupos de controle (C) e de estudo (E), nos domínios (físico, psicológico, social e meio-ambiente) do instrumento de qualidade de vida, encontra-se na *tabela 1*.

A *tabela 1* exibe a comparação dos domínios intragrupo dos grupos de controle (C) e estudo (E) seguindo os valores das linhas e encontrando o valor do $p\pm$, e entre os grupos seguindo os valores das colunas e o valor do $p\text{£}$. Dessa forma, pode-se correlacionar os valores antes e depois da intervenção. Vale lembrar que nessa análise não estão sendo consideradas outras variáveis, como

Tabela 1. Comparação dos domínios do instrumento WHOQOL-bref, entre e intra-grupos, antes e depois da intervenção. Campinas-SP, 2010

Domínio	Grupo	Antes			Depois			Valor $p\text{£}$
		Média (DP)	Mediana (Q1;Q3)	(Mín;Máx)	Média (DP)	Mediana (Q1;Q3)	(Mín;Máx)	
Físico	C	55,2 (20,9)	58,9 (35,7; 69,6)	(21,4 - 92,9)	54,9 (15,2)	53,6 (42,9; 64,3)	(28,6 - 78,6)	0,9097
	E	50,3 (12,4)	53,6 (39,3; 60,7)	(32,1 - 71,4)	60,7 (10,2)	64,3 (50; 71,4)	(42,9 - 71,4)	0,0006
Valor $p\text{£}$		0,4793			0,2587			
Psicológico	C	61,3 (15,2)	62,5 (47,9; 70,8)	(41,7 - 95,8)	57,8 (13,4)	58,3 (50; 64,6)	(29,2 - 91,7)	0,1932
	E	50,4 (13,2)	54,2 (33,3; 62,5)	(29,2 - 66,7)	62,9 (9,2)	62,5 (54,2; 66,7)	(50 - 79,2)	0,0018
Valor $p\text{£}$		0,0484			0,2644			
Social	C	68,4 (17,5)	66,7 (60,4; 75)	(33,3 - 100)	67 (20,4)	70,8 (60,4; 75)	(12,5 - 100)	0,6204
	E	62,1 (10,8)	66,7 (50; 75)	(50 - 75)	64,4 (11,2)	66,7 (50; 75)	(50 - 75)	0,3911
Valor $p\text{£}$		0,2829			0,6944			
Meio ambiente	C	55,7 (12,6)	54,7 (46,9; 67,2)	(31,3 - 78,1)	56,9 (11,8)	56,3 (48,4; 64,1)	(25 - 81,3)	0,4398
	E	51,4 (10,3)	50 (40,6; 59,4)	(37,5 - 68,8)	58 (10,3)	59,4 (53,1; 62,5)	(34,4 - 71,9)	0,0297
Valor $p\text{£}$		0,329			0,8007			

£Teste t pareado; £Teste t de Student; DP- desvio padrão; Q1- primeiro quartil; Q3- terceiro quartil.

Fonte: Elaboração própria

quimioterapia, radioterapia e o fator tempo, somente os escores obtidos dos domínios antes e depois da intervenção.

No grupo de estudo (E), por meio da análise das médias relacionadas aos domínios físico, psicológico e meio ambiente apresentadas na tabela 1, pode-se dizer que houve uma melhoria dos escores quando se comparou os momentos antes e depois da intervenção. Esse aumento das médias não aconteceu no grupo de controle (C).

Os resultados informam, ainda, que houve uma diferença significativa nos domínios físico ($p=0,0006$), psicológico ($p=0,0018$) e meio ambiente ($p=0,0297$) do grupo de estudo (E) na comparação intragrupo. Esse dado demonstra que a intervenção (dança circular) provocou uma melhora significativa na qualidade de vida do grupo.

Esse achado entra em consonância com trabalhos da literatura que mencionam a prática da dança circular como um estímulo ao bem-estar psicológico, promoção da saúde mental, melhoria da autoestima e favorecimento de uma relação mais harmoniosa consigo mesmo e com o coletivo (OSTETTO, 2006; PEREIRA, 2010).

Em relação ao grupo controle (C), não ocorreu mudança significativa nos domínios, o que significa que o fator tempo ou outra variável extrínseca não foram capazes de provocar efeitos observáveis.

Quando se comparam, na tabela 1, os resultados intergrupos dos dois períodos, não se verificam mudanças significativas nos domínios, exceto no momento antes do domínio psicológico ($p=0,0484$). Essa diferença, no entanto, não se mantém depois da intervenção.

Em uma nova abordagem, para avaliar o efeito da intervenção sobre a qualidade de vida, além do efeito do grupo de tratamento, foram considerados também os efeitos dos tratamentos adjuvantes (quimioterapia ou radioterapia). Para isso utilizou-se análise de Modelos Lineares Generalizados com estimativa por meio de Equações de Estimação Generalizada (EEG).

Na análise dos efeitos da variável grupo (dança/controle), tratamento adjuvante (quimioterapia ou radioterapia), tempo (pré/pós) e suas interações sobre os domínios do WHOQOL-bref, não se detectaram efeitos significativos ($p>0,05$) dessas variáveis sobre os domínios nos dois grupos em estudo. Análises de contrastes também foram realizadas para avaliar o efeito em cada grupo entre os períodos, analisando-os separadamente, observaram-se diferenças significativas no grupo de intervenção, apenas no domínio psicológico ($p=0,0001$). Já no grupo controle, não se observaram mudanças significativas em nenhum domínio ($p>0,05$).

A literatura afirma que o tipo de cirurgia (mastectomia ou quadrantectomia) às quais as mulheres com câncer de mama são submetidas pode alterar negativamente a imagem corporal, qualidade de vida, autoestima, dentre outros fatores. Artigo demonstrou uma pior qualidade de vida das mulheres mastectomizadas quando comparadas com as que fizeram cirurgia conservadora (VEIGA ET AL, 2010).

Dessa forma, com a finalidade de identificar se haviam diferenças significativas nos escores dos domínios do WHOQOL-bref de quem realizou quadrantectomia ou mastectomia, fez-se uma análise estatística utilizando o teste t de Student, não sendo observadas diferenças significativas nos domínios correlacionadas com o tipo de cirurgia.

Conclusões

Pode-se concluir que, para o grupo de estudo, houve benefícios advindos da prática da dança circular, conforme verificado pelas análises estatísticas que compararam os escores do instrumento de qualidade de vida nos momentos antes e depois da intervenção.

Além dos escores obtidos, os comentários espontâneos feitos pelas participantes do grupo de dança em relação ao programa desenvolvido - como foi importante o fato de não se sentirem sozinhas, estarem com

outras pessoas que passavam pelo mesmo problema, procurando melhorar e ‘nascer’ a cada dia - também revelaram benefícios e devem ser considerados.

A iniciativa deste trabalho em envolver a dança circular no processo terapêutico das mulheres mastectomizadas reforça a importância dos profissionais de saúde que trabalham com essas mulheres na busca de ações que auxiliem na melhoria do estado

biopsicoemocional, enxergando o indivíduo em sua integralidade, atuando na promoção da saúde.

Os resultados da pesquisa podem servir como estímulo a outras propostas de intervenções que queiram utilizar a dança circular.

Algumas limitações do modelo de estudo incluem o pequeno tamanho amostral, a falta de randomização e pareamento e a impossibilidade de generalizações dos achados. ■

Referências

ALMEIDA, L.H.H. *Danças circulares sagradas: imagem corporal, qualidade de vida e religiosidade segundo uma abordagem Junguiana*. 2005. 311p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

AMORIM, C. Doença Oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, Macau, v.6, n.2, p.108-13, jun. 2006.

BALLATORI, E.; ROILA, F. Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 1, n. 47, set. 2003. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-46.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014.

COSTA, A.L.B. *et al. Danças circulares sagradas: uma proposta de educação e cura*. 2 ed. São Paulo: TRIOM, 2002.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, A.N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.8, n.1, p. 155-163, jan./abr. 2003.

FERREIRA, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.299-304, maio/jun., 2003.

FLECK, M.P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.2, p. 178-183, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Tipos de câncer*. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

KEBBE, L.M. *Desempenho de atividades e imagem corporal: representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama*. 2006. 160p. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

KRAUS, P.L. Body image, decision making, and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, Philadelphia, v.6, n.22, p.421-427, dez. 1999.

LEONARDI, J. *O caminho noético: o canto e as danças circulares como veículos da saúde existencial no cuidar*. 2007. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MASSON, V.A. *et al.* Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas- revisão de literatura. In: VILARTA, R. *et al.* *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: IPES, 2010. p. 45-54.

OSTETTO, L.E. *Educadores na roda da dança: formação-transformação*. 2006. 250p. Tese (Doutorado em Educação). - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

PEREIRA, D.F. *O processo de criação sob a perspectiva da psicologia analítica: danças circulares sagradas coligadas ao processo de criação em dança*. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Artes). - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

PRADO, M.A.S. *et al.* A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.494-502, maio/junho. 2004.

SANTOS, M.C. *Mastectomia e feminilidade: uma questão perante o câncer*. 2007. 108p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar./abr. 2004.

VEIGA, D.F. *et al.* Mastectomia versus tratamento cirúrgico conservador: impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Recife, v.10, n.1, p.51-57, jan./mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHO-QOL). *Rev. Qual. Life*, Oxford, v.2, n.2, p.153-159, 1993.

Recebido para publicação em março de 2013
Versão final em março de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

¹Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Sanitarista da Coordenação Estadual de Atenção Básica do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. liarabrites@yahoo.com.br

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. weiller2@hotmail.com

³Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Sanitarista da Coordenação Estadual de Atenção Básica do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. daianesilveira85@yahoo.com.br

⁴Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Psicóloga do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia (IFRS) do Campus Rio Grande - Rio Grande (RS), Brasil. anawfrancois@gmail.com

⁵Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Maria - Santa Maria (RS), Brasil. enfmello07@yahoo.com.br

⁶Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas (SP), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. lianerighi@gmail.com

“A gente vai aprendendo”: o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil

“We learn”: matrix support in family health strategy in an integrated multidisciplinary residency program in an inner city of the state of Rio Grande do Sul, Brazil

Liara Saldanha Brites¹, Teresinha Heck Weiller², Daiane Silveira³, Ana Paula Wilke Françóis⁴, Fábio Mello da Rosa⁵, Liane Beatriz Righi⁶

RESUMO: O objetivo deste estudo foi o de identificar se um programa de residência multiprofissional no interior do Rio Grande do Sul contribui na formação para o Sistema Único de Saúde utilizando o dispositivo de Apoio Matricial em saúde da família. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, caracterizado como estudo de caso. Realizou-se a coleta de dados por meio de análise documental e entrevista aplicada a 34 profissionais do serviço e onze residentes. O tratamento dos dados foi realizado pelo método de análise de conteúdo. Os resultados revelam que, em um ano e meio do referido Programa, os residentes se sentiram instrumentalizados e identificaram dificuldades como falta de estrutura organizacional para integração e discussões de casos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Promoção da saúde; Saúde coletiva; Internato não médico

ABSTRACT: *The objective of this study was to identify whether a multidisciplinary residence program in the interior of Rio Grande do Sul contributes to the formation to the Unified Health System using the Matrix Support in Family Health. This is a descriptive study, exploratory, of qualitative approach, characterized as a case study. Data collection was carried out by means of documental analysis and interview applied to 34 professionals and eleven residents. Data treatment was performed by the method of content analysis. The results show that after eighteen months in the Program, the residents felt prepared for the task and identified difficulties such as lack of organizational structure for integration and discussions of cases.*

KEYWORDS: *Primary health care; Family health; Health promotion; Public health; Internship, nonmedical.*

Introdução

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) a Lei Orgânica da Saúde 8.080 (BRASIL, 1990) e o Decreto Federal 7.508 (BRASIL, 2011) definem responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com relação à formação de recursos humanos durante a experiência profissional. Nesse cenário, incluem-se programas e cursos de educação profissional, graduação e pós-graduação.

As Residências Multiprofissionais em Saúde são programas fomentados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde (MS) para estimular a formação em serviço, pós-graduação lato sensu, com duração de dois anos, que têm por objetivo favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias orientadas pelos princípios do SUS (BRASIL, 2005; 2007).

Nessa perspectiva intersetorial, interdisciplinar e interinstitucional, a construção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) no interior do Estado do Rio Grande do Sul teve seu embrião em 2003. Com início efetivo em 2009, tem por objetivo qualificar profissionais da saúde para atuar no SUS, criando e experimentando metodologias de ensino e integração com o serviço público de saúde local e regional que possam contribuir com a reestruturação dos modelos de gestão, assistência e ensino a partir da inserção dos residentes nos serviços, alocados em três ênfases: Gestão e Políticas de Saúde; Atenção em Rede Hospitalar; e Atenção Básica (AB) em Saúde da Família, sendo esta última o objeto deste estudo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), idealizada em 1994, é considerada um modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida. Porém, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo

de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde (SOUZA, 2004).

Essa articulação de ações contribui para a efetivação de um dos princípios norteadores do SUS e da ESF: a integralidade, que pressupõe a reestruturação do sistema público de saúde, tendo como uma das referências a ampliação do trabalho clínico e do trabalho sanitário (BRASIL, 1990). Nesses termos, o PRMISPS adotou como referencial teórico-metodológico os dispositivos de Apoio Matricial (AM) e Equipes de Referência (ER), corroborando Campos e Domitti (2007), que consideram que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar essa abordagem integral. Deverá, pois, atuar a partir da estruturação de novos processos de trabalho, de base interdisciplinar, tendo ER e AM como novos dispositivos metodológicos operacionais.

A ER, que compõe o referencial teórico-metodológico adotado, é composta por profissionais que se vinculam a determinado número de usuários ou famílias pelos quais se responsabiliza, acompanhando-os ao longo do tempo, seja nos aspectos que envolvem o controle de doenças seja em relação à promoção de sua saúde. Nas situações onde o conjunto de conhecimentos e instrumentos da ER não se mostra suficiente, lança-se mão de outros conhecimentos, em geral especializados, organizados sob a forma de AM (COELHO, 2008). O AM, no seu sentido original, seria composto por um ou mais profissionais de saúde, detentores de saber específico, que apoia uma ou mais ER no que se refere tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico (CAMPOS, 1999).

Para viabilizar a prática através do referencial adotado pelo PRMISPS, os residentes enfermeiros e cirurgião-dentista da ênfase AB em saúde da família agregaram-se aos profissionais dos serviços da rede local de saúde, compondo as ER, e os residentes fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogos e terapeuta ocupacional da mesma ênfase compuseram uma equipe de AM.

A partir dessa composição das equipes, o processo de construção do método de trabalho foi sendo desenhado a partir da prática, uma vez que essa metodologia de trabalho ainda não estava inserida nos serviços municipais de saúde, sendo implantada pelo PRMISPS. Algumas experiências em apoio matricial no SUS contribuíram para essa construção, como as dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009), as quais mais se aproximam da descrita neste estudo.

Tendo como pano de fundo esses temas e a inserção dos residentes, este estudo tem por objetivo identificar se o Programa de Residência Multiprofissional contribuiu para a formação de profissionais para o SUS utilizando o dispositivo metodológico e operacional de Apoio Matricial na Estratégia de Saúde da Família.

Metodologia

Este estudo é parte integrante do projeto intitulado 'Apoio matricial em saúde da família: ações desenvolvidas e sinalização de caminhos para a organização de critérios e metodologias de trabalho na Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/UFSM', aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob nº CAAE 0313.0.243.000-10. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um município do interior do Rio Grande do Sul, nos espaços de atuação da ênfase da AB em Saúde da Família do PRMISPS.

Caracteriza-se como um estudo de caso descrito por sujeitos que agem na posição de pesquisadores, mas, sobretudo, que partiram da condição de atores da vivência aqui analisada. Trata-se, portanto, não apenas de reflexões dos resultados de um pesquisador, mas da tentativa de produção de sentidos para a própria experiência.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada de dezembro de 2010 a março de 2011 e

organizada em dois momentos. No primeiro, coletaram-se informações sobre o processo de trabalho e implantação do PRMISPS/UFSM-RS por meio de análise documental. No segundo, elaborou-se e aplicou-se um instrumento de entrevista semiestruturada com roteiro de questões relativas a identificação profissional, tempo de trabalho no local, dificuldades vivenciadas no trabalho, quando ouviram falar em AM, o que conhecem sobre AM e ER e a forma de atuação do trabalho do AM com a ER.

Como sujeitos do estudo, participaram 34 profissionais vinculados à rede de AB do município no qual o PRMISPS estava inserido: quatro residentes da primeira turma do PRMISPS (três enfermeiros e um cirurgião-dentista) vinculados às ER; e oito residentes da primeira turma do PRMISPS apoiadores matriciais (dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um nutricionista, dois psicólogos e um terapeuta ocupacional).

A análise dos dados foi realizada a partir da proposição de Minayo (2010) de Análise de Conteúdo na modalidade Temática, a qual permite encontrar respostas para as questões formuladas. As etapas seguiram a operacionalização da análise temática: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Partiu-se da inter-relação dessa interpretação com o referencial teórico do estudo, categorizando os dados por agrupamentos, para responder aos objetivos propostos.

Incluíram-se neste estudo apenas os profissionais que estavam trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no período em que foi realizada a pesquisa (independente do vínculo empregatício, tempo de serviço e carga horária de trabalho) e que, depois de informados sobre o estudo, aceitaram participar e assinaram o TCLE.

Resultados e discussão

'Faltou base': o contexto da experiência e a experiência dos atores para o contexto

Embora tenham ocorrido articulações interdisciplinares e interinstitucionais durante a construção do projeto inicial (UF5M, 2009), o primeiro ano do PRMISPS foi também o de uma nova gestão municipal. O cenário inicial no município antecipava que a organização e o fortalecimento dos serviços de AB em saúde não seriam priorizados. Os residentes foram inseridos em um cenário de fragilidade da ESF, marcado principalmente pela dificuldade na continuidade das ações em saúde das equipes na ESF e, conseqüentemente, de construção de vínculo entre profissionais e usuários. A gestão anterior, embora publicamente mais comprometida com a proposta do PRMISPS, não implantou uma política de fixação de profissionais na saúde com vínculo estatutário para atuação junto às ESF, e a gestão que assumiu a partir de 2009 manteve durante os dois anos seguintes as equipes de profissionais com contratos precários.

O segundo obstáculo está relacionado à falta de experiência e formação dos residentes, tendo em vista que a primeira experiência como profissionais na ESF e AM, simultaneamente, deu-se na condição de residentes. Constatou-se que os sete residentes da equipe de AM não tiveram experiência profissional em saúde pública anterior às atividades desenvolvidas no PRMISPS e todos ouviram falar do AM pela primeira vez ao estudar para o processo seletivo. Dentre os quatro residentes que compuseram a ER, três informaram não ter experiência profissional em saúde pública e dois ouviram falar sobre AM somente ao estudar para o processo seletivo.

Foi possível identificar que, ao iniciar o PRMISPS, dos 11 residentes que passaram a desempenhar as ações de AM, dez estavam vivendo sua primeira experiência

profissional e, destes, nove não possuía formação acadêmica anterior que subsidiasse as ações na lógica do AM, pois, segundo os residentes, *“faltou base pra essa discussão na graduação com outros profissionais que não só equipe mínima (de ESF)”* (ER-02) e *“faltou ter contato com isso antes. A graduação deu pouca base pra isso”* (AM-01).

Independente de haver ou não condições nos serviços de saúde mais convergentes com a proposta da ESF, a provocação já estava posta, à medida que se optou por unir distintas profissões para aprenderem a trabalhar numa lógica que se propõe a superar a especialização e a fragmentação das práticas. Um processo de mudança que vai além de definir quem é o responsável por qual procedimento, pois perpassa a compreensão de corresponsabilidades para que se garanta o princípio da integralidade, o que, apesar de desafiador, também poderia se manifestar como potência. Segundo Figueiredo e Campos (2008), o AM provoca e explicita uma intensa imprecisão das fronteiras entre os diversos papéis e as diversas áreas de atuação profissional, e sua potência está em desfazer a delimitação entre as diferentes disciplinas e tecnologias.

Ainda que contivesse residentes com pouca experiência em saúde pública, no começo de um Programa de Residência Multiprofissional e com pouco fortalecimento da ESF pela gestão municipal, o cenário não impedia e tampouco divergia da formação na proposta do AM. Segundo Oliveira (2011), embora o enfoque seja mais clínico, o apoiador deve considerar as múltiplas dimensões de gestão que sempre estarão em jogo. Acrescenta ainda que formar um apoiador

é um desafio, uma vez que 'formar em ato' não é uma tarefa simples (...). Formar um apoiador é um ato da própria função apoio, no sentido de que não só alguém com um 'título' de apoiador possa fazer. É a relação de apoio que forma o apoiador (OLIVEIRA, 2011, P.160).

'A experiência do tentar fazer': o método e seus efeitos sobre a formação

No projeto inicial do PRMISPS 2009-2011 (UFSM, 2009) não havia delimitações nem atribuições específicas para o trabalho dos residentes como AM em saúde da família, pois ainda não se tinha clareza de como se daria o trabalho interdisciplinar dos residentes nos campos de atuação. O Apoio Matricial começou a ser discutido após a aprovação do projeto, em função de se tratar de uma metodologia nova.

A formação desses residentes para atuação em saúde da família dar-se-ia durante o percurso. Ainda que com o apoio das gestões municipal e da residência e profissionais do serviço e do ensino, todos os residentes seriam convocados a serem sujeitos do seu próprio aprendizado ao construir suas funções e experimentar a metodologia proposta - independentemente de as condições para tal apresentarem-se ou não controversas.

A opção teórico-metodológica foi mencionada nas respostas dos residentes quando questionados a respeito de se sentirem ou não instrumentalizados para exercer a função de AM. Dentre os sete residentes AM, cinco deles optaram por "sim e não", julgando-se instrumentalizados em alguns aspectos e outros não. Somente dois responderam apenas "sim", atribuindo suas respostas à experiência vivenciada: "*Sim. Trabalho em equipe e suporte teórico não têm receita.*" (AM-04) e "*Sim. Acho que a residência ajudou a entender muitos conceitos e perceber necessidades na prática, ampliar os conceitos de saúde, trabalhar com outros núcleos.*" (AM-06).

Perguntado aos profissionais que integraram as ER, 30 dentre os 38 afirmaram se sentir instrumentalizados e revelaram a importância da prática na experimentação dessa proposta de trabalho: "*Sim, e a partir da residência não vejo mais como trabalhar sem o apoio matricial*" (ER-02). "*Sim, a convivência com os outros AM, conhecer o trabalho do AM*" (ER-25). "*Sim, pela experiência*

do tentar fazer. Foi o AM que fez com que eu trabalhasse junto, senão eu faria um trabalho isolado como enfermeiro" (ER-32).

Embora a experiência se sobressaia nas falas como importante no cotidiano dos residentes, é possível identificar que também entre os profissionais predomina o entendimento de que se faz necessário o aprofundamento teórico como ferramenta para qualificar o trabalho com o apoio ou como apoiador matricial. Há destaque para o pouco conhecimento e faltam aprofundamento teórico e compartilhamento de experiências semelhantes: "*Falta discussão na residência sobre o tema teórico como prática, inclusive com as equipes de referência*" (AM-02). "*Faltou uma definição. Se tivesse algo mais claro (...). Mesmo que a gente saiba que o que existe é teoria, faltou uma experiência concreta sobre o trabalho*" (ER-32). "*(...) ausência de capacitação específica, procura, troca, leitura sobre esses dispositivos, como projeto terapêutico singular e clínica ampliada*" (ER-38).

As fragilidades relatadas pelos residentes também são identificadas em estudos de Andrade *et al.* (2012) sobre a implantação de um NASF, como a carência de educação permanente - desde a formação na graduação, incluindo a falta de embasamento teórico -, a necessidade de melhor entendimento do processo de trabalho de NASF e desarticulação e fragmentação no trabalho dos profissionais.

Para atenuar o efeito fragmentário advindo das diferentes especialidades que devem responder às demandas de um sujeito e aumentar as possibilidades para um cuidado integral, Oliveira e Guareschi (2010) afirmam que é necessário que os profissionais tenham espaço para análise, busca e criação de modelos diversos de atenção à saúde e organização dos serviços. E que a mudança no rompimento com os saberes auxilia na formação do sistema - e não só o sistema na formação dos trabalhadores -, na medida em que articulam para sua construção. Nesse sentido,

Ceccim (2010) garante que as Residências Multiprofissionais em Saúde permitem, além do contato entre trabalho e formação, possibilidades de mudanças no modelo tecnoassistencial baseadas na atuação multiprofissional ou integrada adequada às necessidades locais e constituinte de um processo de educação permanente em saúde.

'Em espaço informal': o apoio matricial em cenários de precariedade da atenção básica em saúde

O arranjo de AM e ER propostos pela residência não se integraram à proposta da gestão municipal e, portanto, não foram acompanhados de novos investimentos por parte do gestor. Ao serem interrogados a respeito das dificuldades para desenvolver o trabalho, residentes e trabalhadores alegam a precariedade das UBS: *“Às vezes me sinto incapaz pela falta de recursos, tem de se trabalhar só com o que se tem”* (AM-01). *“Faltam instrumentos que viabilizem ações organizadas. O trabalho seria bem otimizado se acontecesse isso”* (AM-03). *“Falta estrutura física”* (refere-se a equipamento) (ER-38). *“Não existe protocolo de encaminhamento para a rede”* (refere-se ao seu núcleo profissional) (ER-38).

É indispensável, para se permitir um processo crítico de análise dos seus modos de saber e fazer, que haja comunicação entre os sujeitos envolvidos para compor um espaço de troca de saberes, invenções, experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica. Os entrevistados revelam que, embora já se sintam instrumentalizados, a falta de espaço para a discussão, diálogo, é vista como fator limitador, pois: *“Têm de estar juntos, dialogando e se responsabilizando concomitantemente entre todos os profissionais, sobre os casos existentes”* (ER-12).

Deveriam ser pactuadas as necessidades das ER, que tipo de apoio e qual necessidade a

comunidade tem. Pactuação de ações em espaços de troca e discussões dos casos (AM-02).

Deveria ser integrado, tem que ter comunicação, planejamento, trabalho integrado com encontros fixos estabelecidos, possibilitando construção de metodologias de trabalho para cada comunidade específica (AM-04).

Como um processo dinâmico e de envolvimento de relações pessoais, no trabalho em AM é imprescindível o estabelecimento de pactos entre os envolvidos, para que haja um espaço permanente de elaboração de contratos, avaliação e reconstrução de expectativas e responsabilidades coletivas e individuais, ainda que devam ser remodeladas com frequência, e os obstáculos não sejam removidos.

O AM não é um supervisor de caso nem deve ser considerado o único responsável por um caso, pois vai de encontro à lógica do AM na ESF. Para viabilizar a responsabilização na prática, é necessário pactuar a função e o lugar dos apoiadores e dos profissionais de referência nessa rede. Contudo, se não houver diálogo e oportunidade para tal, não serão pactuadas funções ou responsabilidades. Uma das questões importantes é a referência de que houve baixo investimento na contratualização e na criação de espaços que colocassem o próprio AM em análise do coletivo:

Hoje é a falta de informação (refere-se à principal dificuldade). Todo mundo quer fazer do seu jeito (...). Não sei explicar o que muita gente faz aqui, mesmo quando se trata de uma pessoa da minha área mínima. Eu chego às casas e as pessoas me perguntam e eu não estou nem sabendo (...) (ER-28).

Na prática (refere-se ao apoio matricial), acaba se aproximando do trabalho da equipe de referência, porque acabamos sendo referência e o vínculo mais estável com a

comunidade do que a equipe de profissionais que está aqui. (...) Algumas vezes, se conseguiu discutir casos, mas não houve co-responsabilização (...) (AM-05).

Deveríamos trabalhar como AM e acabamos trabalhando como referência, pela falta de profissionais. Em algumas unidades, sou AM, mas acabo também como referência para alguns casos. AM seria aquele em que tem ER e agrega na equipe com discussões na forma de apoio matricial. Pela falta de profissionais, a gente acaba sendo ER e AM para nós mesmos (residentes) (AM-07).

Nota-se que os residentes do AM, além de construir seu espaço de formação, tiveram de operar na constituição das ER e, muitas vezes, desempenhar uma função de referência. Essa contradição é reconhecida tanto pelos residentes do AM quanto pelos profissionais dos serviços da própria ER. Há um obstáculo significativo na rede de saúde local com relação, principalmente, à precariedade dos vínculos empregatícios e contratação vertical de profissionais que vão de encontro ao modo de operar o AM. Todavia, se a sua remoção depende de uma governabilidade acima da vontade dos profissionais e usuários, como viabilizar o trabalho de AM na ESF?

A fragilidade da AB e as sucessivas transferências ou trocas de trabalhadores durante o período estudado explicam, em grande parte, a leitura dos profissionais a respeito da dificuldade de identificar um lugar para o apoiador. Contudo, esse dilema também resulta da dificuldade - de cada um e de todo o coletivo - de habitar um lugar institucional instável.

A não realização das reuniões regulares das equipes na ESF e de outros espaços para integração, trocas e discussões de casos entre os profissionais são citadas. Mas, contraditoriamente, os encontros viabilizados no horário de trabalho são considerados 'informais': "As reuniões de equipe deveriam contribuir, mas são tantos atravessamentos que elas não ocorrem" (AM-01). "Em reuniões onde se

discutem os casos, mas a maioria é em espaços informais" (refere-se às trocas e discussões de casos) (AM-04). "Poderia ter mais reuniões para poder falar, fundir os conhecimentos, explicar, mas não tem troca aqui, não deixam nem falar" (ER-01).

Os entrevistados reclamam a não ocorrência de reuniões - que consideram um espaço instituído - e desvalorizam a estratégia criada durante o trabalho para suas práticas interdisciplinares, muitas vezes, reafirmando as práticas de um modelo de trabalho fragmentado:

Com eles (refere-se aos ACS), a gente consegue diálogo e troca. Mas o algo mais aprofundado, de planejamento de ação com os profissionais, a gente não consegue porque as reuniões de equipe não estão acontecendo. E os profissionais chegam aqui e vão atender, não param pra discutir alguma coisa (AM-05).

"Em alguns momentos que a gente está menos ocupada, consegue parar pra ouvir e pra fazer essa discussão (refere-se à troca de casos)" (ER-19).

Segundo Oliveira (2011), operacionalizar o AM dependerá de diversas condições, como: número e qualificação dos profissionais disponíveis; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; e organização dos processos de trabalho. Para viabilizar um projeto de AM, uma série de condições de organização do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, precisa acontecer. Nesses casos, dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe devem acompanhar a implementação do apoio. Há necessidade de espaços de discussão e de participação das ER, entre estas e o AM, a fim de possibilitar a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço, da rede local ou loco-regional.

Acrescenta, ainda, que “uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operá-lo” (OLIVEIRA, 2011, P. 41), o que justifica os resultados encontrados, nos quais as dificuldades de comunicação, de espaços de discussões e estabelecimento de pactos foram significativamente mais mencionados do que a falta de recursos e insumos e indefinição de fluxos. Cunha e Campos (2011) também corroboram que a proposta de ER e AM depende de transformações organizacionais importantes e que é necessário admitir que problemas estruturais dificultam a implantação, que não basta que a equipe da AB deseje se relacionar na forma de AM com outros serviços: é imprescindível o incentivo de gestores através de contratos que contemplem essa atividade.

Dentre as várias experiências de AM no SUS, as dos NASFs aproximam-se mais da descrita neste estudo. Os NASFs valorizam os espaços dialógicos, por exemplo, ao reconhecerem para a organização e desenvolvimento do seu processo de trabalho uma ferramenta tecnológica além das de apoio à atenção - apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular etc. - que se chama Pactuação do Apoio. Torna-se necessário, para tanto, que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção. Essa pactuação é estabelecida em duas atividades: a) avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de saúde da família e o conselho de saúde; e b) pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe de ESF e a participação social (BRASIL, 2009).

Ao serem desafiados, os sujeitos da pesquisa elaboraram estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas. Os espaços cunhados, embora titulados ‘informais’, já sinalizam que o trabalho integrado na produção do cuidado necessário para efetivar o AM está começando a fazer sentido. Campos (1999) afirma que, embora o discurso, per si só, não seja suficiente para

alterar a estrutura que reforça a segregação do trabalho, o reconhecimento da necessidade de comunicação entre as distintas profissões que atuam nos serviços de saúde já representa o início do enfrentamento do problema e, portanto, um avanço.

Os entrevistados garantiram entre si espaço para uma ampliação da clínica, independente da autorização ou reconhecimento da gestão municipal ou da gestão da residência. Talvez o modelo tradicional no qual se sustentam historicamente nossas práticas biomédicas, de território seguro, embebidas de fórmulas cientificamente comprovadas, receitas médicas, prontuários, os tenha impedido de visualizar e reconhecer que existe, nessas atitudes, um movimento que pode produzir um novo modo de fazer e pensar saúde.

Bertussi (2010) reforça que o poder está presente em qualquer relação produzida a partir do matriciamento, e que o AM deve ser compreendido como “espaços de construções desmontáveis e conectáveis que se abrem para o ilimitado” (BERTUSSI, 2010, P.127). Conforme Onocko (2008), a mudança proposta pelo apoio não ocorre automaticamente nem é fácil de ser assumida, reiterando a importância de espaços coletivos destinados à reflexão e análise crítica sobre o próprio trabalho e formação permanente. Os resultados demonstram que as dificuldades mencionadas convergem com relatos de pesquisadores do tema, pressupondo que a residência contribuiu com a formação desses profissionais para o SUS, no arranjo de AM e saúde da família.

Para Ceccim (2010), as propostas multiprofissionais e integradas das Residências Multiprofissionais em Saúde apresentam uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS com as demais políticas existentes nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade ao acesso e direito à saúde.

Continuarão, portanto, inseridas e convergentes com o SUS, num processo de

aprendizagem desafiador e, por vezes, contraditório, como o apresentado neste estudo. Concordando com Da Ros (2009):

Se entendermos a dinâmica dos processos brasileiros, veremos que é na luta que se constrói o possível. Não é a partir das ideias que nos parecem certas que a realidade estará posta. É processo, e luta. É bom lembrar, por exemplo, que, desde 1988, quando foi aprovada a Constituição, e nela diz que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, no Brasil, até hoje, só conseguimos aprovar duas leis orgânicas do SUS, e ambas em 1990. De lá para cá, se esperássemos as condições ideais, hoje não teríamos 30 mil equipes de Programa de Saúde da Família, nem Núcleos de Apoio, nem Residências Multiprofissionais em Saúde. Portanto, contra-hegemonia se faz quando se podem ampliar espaços. Eles não são perfeitos, e são contraditórios. Mas, contradição é a mola da história (DA ROS, 2009, p. 232).

Considerações finais

Como experimento de uma metodologia ainda não utilizada nos serviços da rede municipal de saúde e pensada na formação em serviço de uma primeira turma de recursos humanos para o SUS, não foi possível estabelecer previamente funções e formas de operacionalização do AM em ESF. O estudo concluiu que permitir aos residentes, juntamente com os demais profissionais das ER, experimentar o método, adequando-o às possibilidades e à realidade local, caracterizou-se como um diferencial para conseguir

mudanças nos processos de trabalho no SUS.

Da mesma forma, revelou que é necessário, mas não suficiente, fornecer o suporte teórico nos programas de residência multiprofissional, é preciso também permitir uma participação ativa dos profissionais residentes e dos serviços, da gestão da residência e do município e de usuários na efetivação de um canal permanente de discussão e pactuações para operacionalizar de forma longitudinal o trabalho do AM em saúde da família. A garantia desses espaços dialógicos permitiu, ainda, exercitar a reflexão das ações e aprender a ler e reconhecer a própria experiência como válida nesse processo, como produtora de significados.

Embora discretas, nota-se que as práticas de AM desenvolvidas pelos residentes e mediadas pelo conhecimento adquirido no transcorrer do processo de formação, também foram sendo solidificadas com a atuação na realidade local e operacionalizadas num universo de possibilidades. Tais práticas se tornaram uma rica experiência individual e coletiva para sujeitos em formação, quer residentes ou não, comprometidos em garantir os princípios do SUS. Talvez no curto prazo, até dois anos, as mudanças sejam pouco visualizadas e não impactem positivamente o modelo de gestão local, porém, nos deparamos com as condições objetivas de um tempo histórico que haverá de ser considerado.

Partiu-se para o desafio de vivenciar e remodelar um método de AM em ESF. Entretanto, hoje já não se parte de um lugar qualquer. Os sujeitos participantes do processo partem de uma experiência que instiga novas adaptações e desdobramentos com a finalidade de auxiliar na efetivação do SUS no cenário local. ■

Referências

- ANDRADE, L.M.B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Sau. & Transf. Soc.* Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- BERTUSSI, D. C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.* 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* São Paulo: Atlas, 1988.
- _____. Decreto Federal no 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 09 out. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.* Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. _____. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 out. 2013.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_imprensa.php?id=6267. Acesso em: 09 out. 2013.
- _____. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15430&Itemid=>. Acesso em: 09 out. 2013.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CECCIM, R.B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASSINI, V. R. (Org.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. GUERRERO, A. V. P. (orgs). *Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec, 2008.
- CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- DA ROS, M.A. Sobre “o olho do furacão”. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 231-232, 2009.
- FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p. 143-149, 2008.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.* 2011. 175 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- OLIVEIRA, C.F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação profissional para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASSINI, V. R. (Org.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

ONOCKO, R.C. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 98-111, 2001.

SOUZA, M.F. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: FERNANDES, M. E. L. *et al.* (org.). *AIDS: prevenção porta a porta*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 41-45.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM). Centro de Ciências da Saúde. *Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Público de Saúde*. Santa Maria: UFSM, 2009

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em março de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família*

Mental health in primary care: the networking and the matrix support to mental health in Family Health Strategy

Elaine Cristina da Silva Gazignato¹, Carlos Roberto de Castro e Silva²

RESUMO: Por tratar-se de questão complexa e multifacetada, a saúde mental necessita de estratégias de trabalho em rede. O objetivo deste estudo é discutir a perspectiva de enfermeiros e agentes comunitários de saúde de Unidades de Saúde da Família do município do Guarujá-SP acerca da sua atuação na área da saúde mental no contexto do trabalho em rede e do matriciamento. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados denotam que há dificuldades em se desenvolver um trabalho em rede. O matriciamento desponta como uma importante estratégia, que, apesar de recente no Município, tem contribuído para promover a reflexão e corresponsabilização dos casos de saúde mental da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Saúde mental; Assistência em saúde mental.

ABSTRACT: *Due to being a complex and multifaceted issue, the work in the mental health field demands networking strategies. The objective of this study is to discuss the prospects of nurses and community health agents engaged in Family Health Units of the city of Guarujá, Brazil, about their performance in the mental health field in the context of networking and matrix support. Data collection was applied by means of semi-structured interviews. Results show that there are difficulties in developing a networking structure. Matrix support stands out as an important strategy, which, despite its recent implementation in the city, has contributed to promote reflection and joint responsibilities as for the cases of mental health primary care.*

KEYWORDS: Family Health Program; Mental health; Mental health care.

*Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada: "Saúde Mental na Atenção Básica no município de Guarujá/SP: a percepção de enfermeiros e agentes comunitários de saúde acerca de suas práticas na Estratégia de Saúde da Família". Apresentada no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da UNIFESP Baixada Santista.

¹Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Santos (SP), Brasil.
ecsg20@yahoo.com.br

²Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor adjunto do da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Santos (SP), Brasil.
carobert3@hotmail.com

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, visando a modificar a prática da atenção básica. O PSF passa a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando deixa de ser apenas um programa para se tornar a estratégia principal de organização da atenção básica. Assim, trabalha numa perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada. A ESF foi elaborada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde, baseado até então no modelo biomédico, na prática hospitalocêntrica e no uso inapropriado dos recursos tecnológicos disponíveis. Nessa estratégia, propõe-se que a atenção básica se configure como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 1997).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), em 2003, cerca de 4.400 municípios haviam adotado a ESF, perfazendo um total de 19.068 equipes de saúde da família. Em 2012, esses números subiram para 5.271 municípios e 32.809 equipes. Atualmente, 53,4% da população brasileira é assistida pela ESF.

No Brasil, a saúde mental também passou por transformações a partir da reforma psiquiátrica, iniciada na década de 1970. Esta reforma compreende um conjunto de transformações permanentes nos campos teóricos, assistenciais, jurídicos e socioculturais, marcados por tensões, conflitos e desafios ao propor a retirada do paciente com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e lhe proporcionar cuidados necessários na comunidade (DELFINI ET AL., 2009).

Conforme a perspectiva da inserção da pessoa com transtorno mental nos equipamentos comunitários, num contexto de rede social, aos poucos, começa a implantação dos equipamentos substitutivos: os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as Residências

Terapêuticas, os Centros de Convivência, as Oficinas de Trabalho e as Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral (GAMA; CAMPOS, 2009). O Caps é um serviço estratégico para promover a desospitalização e a reinserção social, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, os Caps e os outros equipamentos substitutivos não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do País.

Além disso, a atenção básica surge como eixo estruturante do sistema, pois, além de ser ‘porta de entrada’, gerencia os encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção, outros equipamentos ou por terceiros e acompanha, de maneira longitudinal, a saúde do paciente durante a vida.

Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família. Segundo Delfini *et al.* (2009), apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção básica, ainda são poucos os estudos que abordam sua implementação. Nunes *et al.* (2007), em uma pesquisa realizada na Bahia, concluem que ainda há uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas realizadas pelos profissionais. A operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações estendidas ao espaço social mais amplo têm encontrado impasses.

A inserção de práticas de saúde mental na atenção básica evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios.

A Organização Mundial da Saúde, por meio da Declaração de Caracas, postula a reestruturação da atenção psiquiátrica por meio da Atenção Primária em Saúde (APS) como promotora de modelos alternativos centrados

nas comunidades e em suas redes sociais, em conformidade com os direitos humanos.

Nunes *et al.* (2007) identificaram os princípios da integralidade e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, como questões que orientam tanto o modelo psicossocial da saúde mental como a ESF. Esta última funcionaria como um importante articulador da rede de saúde mental, na tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado na família. Entretanto, a implementação de ações de saúde mental na saúde da família ainda está em processo de consolidação, uma vez que a ESF pode ser entendida como uma tecnologia de produção do cuidado em saúde mental a ser explorada e mais bem desenhada como possibilidades de atenção comunitária.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM), ou matriciamento em saúde mental, para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo a articulação entre os equipamentos de saúde mental e a ESF. Segundo a coordenação de saúde mental, no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, o AM se constitui em

um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BRASIL, 2008, P. 34).

Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2008).

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Concentrar esforços somente na rede substitutiva não é suficiente, é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, da atenção básica. Entretanto, sabe-se que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves ou crônicos. O matriciamento visa a dar suporte técnico a essas equipes, bem como a estabelecer a corresponsabilização (DIMENSTEIN *ET AL.*, 2009).

Ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa a assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial como técnico-pedagógico, pressupõe uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da ESF, que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas.

O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos Caps, dado que são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica e seus dispositivos principais. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda tanto para as residências terapêuticas como para a atenção básica. (DIMENSTEIN *ET AL.*, 2009). O matriciamento pode ser entendido como uma estratégia de trabalho em rede, ou seja, mediante a integralidade dos serviços de saúde, uma das diretrizes do SUS.

Nesse sentido, o objetivo principal deste trabalho é discutir, a partir da perspectiva de enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família, a atuação em saúde mental no

contexto do trabalho em rede e do matriciamento em saúde mental.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo e explicativo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFESP e aprovado em 01.03.2012 sob parecer número 209.156. O campo de estudo são cinco Unidades de Saúde da Família (USAFA) do município do Guarujá-SP: USAFA Perequê, quatro equipes; USAFA Cidade Atlântica, duas equipes; USAFA David Capistrano, duasequipes; USAFA Santa Cruz dos Navegantes, duas equipes; e USAFA Sítio Conceiçãozinha, uma equipe, totalizando 11 equipes. Esse município faz parte da Baixada Santista, situada no litoral do Estado de São Paulo, e possui aproximadamente 290 mil habitantes, segundo Censo 2010 (IBGE, 2010). O município foi escolhido como campo da pesquisa por ter adotado um projeto de expansão da cobertura populacional pela ESF e por estar desenvolvendo um projeto de matriciamento em saúde mental, em fase de implantação pela Coordenação de Saúde Mental.

Foram entrevistados dez profissionais, sendo cinco enfermeiras e ACS, das 11 equipes de saúde da família. Como critério de inclusão, selecionaram-se as enfermeiras que eram diretoras das unidades de saúde e os ACS que pertenciam às equipes das enfermeiras entrevistadas. Do total de entrevistados, duas enfermeiras e um ACS estavam participando dos encontros do matriciamento com a equipe de saúde mental. De acordo com a literatura estudada, mormente (PEREIRA ET AL., 2007; PUPIN, 2008; AMARANTE ET AL., 2011), observou-se que os profissionais mais envolvidos com o tema da saúde mental e com experiências significativas na temática são as enfermeiras, que também operam como chefes das equipes, e os ACS que convivem diretamente com a comunidade no seu território.

Como técnica de investigação, realizaram-se entrevistas semiestruturadas e audiogravadas com o consentimento do participante. As questões do roteiro visavam a investigar a percepção dos profissionais da ESF em relação ao trabalho em rede, como tem sido feito, quais suas dificuldades e importância. Objetivou-se, especificamente, investigar a contribuição do matriciamento em saúde mental nesse processo de trabalho em rede. Como técnica de análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, especificamente a Análise Temática (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011, p. 105), o tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estrutura de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso ou a ele subjacentes.

Resultados e discussão

O trabalho em rede compreende o trabalho conjunto entre os serviços de atenção básica e saúde mental. A noção de rede, ou integração entre os serviços de diferentes complexidades, é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS, juntamente com a regionalização (região de saúde) e a hierarquização (níveis de complexidade dos serviços) (BRASIL, 1990).

No município pesquisado, notamos, a partir das falas dos participantes, a dificuldade em estabelecer um trabalho em rede e o desconhecimento dos serviços da rede:

Eu acho que tem que ter a rede em conjunto, né. Eu acho que o paciente de saúde mental, ele requer muito mais de outras...de outras... porque a gente precisa de outro tipo de ajuda

na rede do município. Então eu acho que falha um pouco, então a gente fica sem..., sabe..., é difícil saber lidar (ENF2).

“Mas a gente tem pouco contato [com o Caps], porque eu passo o caso para a enfermeira e ela entra em contato com o Caps” (ACS4).

A ação em saúde mental mais executada ainda é o encaminhamento para o especialista. Esses encaminhamentos, muitas vezes, são direcionados ao Caps e, apesar deste ser estratégico, não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deveria ser feita em uma rede de cuidados, incluindo a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003). *“Acho que precisa de uma integração melhor entre o Caps e a USAFA. Acho que as pessoas encaminham mais por insegurança e por não saber o que fazer” (ENF4).*

De acordo com Cavalcante *et al.* (2011), ao se considerar o encaminhamento ao Caps como uma estratégia de cuidado ou uma ação de saúde realizada isoladamente para essa parcela da população, desconsidera-se a responsabilidade e a resolutividade da ESF em resolver os problemas de saúde da população.

Para Campos (1999), o agir em saúde deve ter como foco a construção de sujeitos cada vez mais autônomos, através da ajuda na compreensão, por parte do indivíduo, do seu processo saúde-doença, das relações sociais que influenciam tal processo e dos recursos potenciais para melhoria de suas condições de vida. Para Merhy (1997), saúde é a possibilidade de o usuário ter cada vez mais autonomia no modo de dirigir a própria vida.

O cuidado em saúde mental é transversal à vida, e sua prática pode e deve ser efetivada em qualquer ponto da rede assistencial de saúde. Tal cuidado é entendido como

designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das

práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004, P. 22).

As experiências de trabalho em rede são vistas como positivas, embora ainda apresentem falhas na comunicação e descontinuidade das ações tanto pelo serviço de atenção básica como pelo serviço especializado. Um entrevistado descreve uma tentativa positiva de trabalho em conjunto entre a ESF e a equipe de saúde mental do Caps:

A gente precisava fazer visita domiciliar, porque, de jeito nenhum, a gente conseguia fazer aquele paciente viesse, até pelo transtorno dela. E a gente conseguiu: marcamos uma visita e a equipe de lá [Caps] veio até nós e a gente pôde fazer uma visita domiciliar, a enfermeira, o médico da família o psiquiatra veio à unidade e foi na visita domiciliar (ENF2).

Nota-se pelas falas, que, apesar da constatação da necessidade do trabalho em rede, há pouca iniciativa da ESF em conhecer e se aproximar dos outros serviços, visto que todos os entrevistados conheciam os ambulatórios de psiquiatria e, pelo menos, um dos três Caps do município, mas não tinham muita clareza do trabalho desenvolvido nesses serviços. A falha está presente em ambos os serviços, pois o Caps não fornece a contrarreferência e a ESF não busca a informação do tratamento do paciente na especialidade.

E eu acho que também é saber como está o tratamento no Caps, a contrarreferência, saber como foi, o que tá acontecendo com o paciente lá. Então, essa parte da rede é falha mesmo, tanto da nossa parte em perguntar ou da parte da rede de falar (ENF2).

Pensar a integralidade, segundo Mattos (2001), configura-se como alternativa às práticas clínicas-interventivas centradas na modificação de comportamentos individuais, possibilitando pensar o indivíduo como

participante de uma rede social ampla e portador de necessidades que vão além do biológico. Nesse sentido, a integralidade envolve práticas de intersectorialidade que, por sua vez, pressupõe o trabalho integrado dos profissionais de saúde para o levantamento tanto de necessidades como de possibilidades de atendimento a essas necessidades dentro e fora da comunidade (PUPIN, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 75) resalta a importância da rede de atenção à saúde mental do SUS e define-a “como de base comunitária, considerando-se a noção de território-processo”. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções. O engajamento dos profissionais das equipes da ESF com os da saúde mental tem resultado em experiências bem sucedidas, demonstrando ser possível a articulação dos princípios do SUS com os da reforma psiquiátrica.

O matriciamento em saúde mental tem suas bases teóricas nessa noção de integralidade. O Apoio Matricial é um arranjo institucional elaborado para promover a interlocução entre os equipamentos de saúde mental, como, por exemplo, os Caps e as USAFA, com a intenção de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades para que estas permeiem todo o campo das equipes de saúde (FURTADO ET AL., 2006). Tratam-se, portanto, de encontros em que se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários com o objetivo de garantir que as equipes de saúde mental e das USAFA vinculem-se aos pacientes e se corresponsabilizem pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

A ideia era trabalhar os casos dentro do posto e o que a gente poder resolver enquanto equipe, o agente, a equipe de enfermagem e a médica. Resolver sem passar para o matriciamento (ACS3).

Ele pode ocorrer por meio de discussões compartilhadas de casos, intervenções conjuntas no território, atendimento conjunto, planejamento das ações, visando sempre ao aumento da capacidade resolutiva da equipe e à aproximação entre a USAFA e os serviços de referência de saúde mental.

As falas também demonstram que o processo de matriciamento para o atendimento aos casos de saúde mental foi importante para incitar novas práticas clínicas e institucionais junto às equipes de saúde da família.

Depois que teve o matriciamento, parece que deu uma iluminada. Eu percebi que a equipe focou mais no assunto. Porque a saúde mental é uma coisa meio esquecida. Porque tem os hipertensos, diabéticos, as crianças, e a saúde mental fica esquecida. E, quando começou o matriciamento, as pessoas ficaram mais atentas. A gente começa até a lembrar dos pacientes que a gente tem e nem lembrava (ENF3).

Nesse sentido, estudos realizados junto à ESF por Luchese *et al.* (2009) e por Dimenstein *et al.* (2009) revelam a importância de uma estratégia como o matriciamento em saúde mental para aumentar a resolubilidade dos casos da ESF. Uma aproximação entre os Caps e a ESF amplia o potencial desses serviços como agenciadores de novos modos de cuidado. Uma entrevistada pontua este aspecto em sua fala: “*Eu acho que quando começou o trabalho com o matriciamento, era uma coisa legal, começou a dar mais suporte pra gente*” (ENF3).

Sendo assim, os técnicos em saúde mental têm como tarefa, além de atuar como apoiadores, desmistificar a ideia de que só os especialistas trazem resolutividade. Pelo contrário, experiências têm mostrado que só a

integralidade é realmente efetiva na promoção da saúde. (DIMENSTEIN ET AL., 2009).

Especificamente na ESF do Guarujá, pode-se notar que o matriciamento é uma experiência recente, de aproximadamente nove meses, e acontece em apenas uma USAFA com duas equipes de saúde da família, mas já apresenta uma contribuição significativa nas falas dos profissionais em comparação aos que não vivenciaram essa experiência. Tem sido considerado um espaço de aprendizagem, de compartilhamento de dúvidas e angústias e atuação conjunta, embora ainda apresente as dificuldades e resistências de uma estratégia recente, tanto no município como nas diretrizes do Ministério da Saúde, ainda em fase de construção teórica e prática.

Então, a proposta é esta, o matriciamento veio pra isso, para as decisões serem tomadas aqui. Então existe uma referência para psiquiatria e existe uma referência para psicólogo, mas, antes de ir para estes lugares, passa pelo matriciamento (ENF1).

Eu acho, assim, que tudo é um aprendizado, né. Cada encontro nosso, cada atendimento, a gente vai aprendendo um pouquinho mais, mas como eu te falo, acho tudo muito lento. Os resultados virão a médio e longo prazos. Ainda não conseguimos resultados (ENF1).

Observou-se, a partir da fala, que o trabalho em rede no município, nesse momento, encontra-se desarticulado. Apesar do relato de experiências positivas entre atenção básica e Caps, nota-se que ainda existe dificuldade de comunicação e interação entre eles. A literatura revela a importância de uma rede de cuidados para suprir as necessidades em saúde mental.

Considerações finais

A partir dos resultados apresentados, pode-se destacar a importância do trabalho em rede

e do matriciamento em saúde mental como ações que têm trazido resultados positivos para a inserção da saúde mental na atenção básica, apesar da dificuldade de implantação. Entretanto, deve-se ressaltar que a ESF não é o único instrumento capaz de resolver todos os problemas relacionados à saúde mental, que precisa ser considerada um componente de uma rede de cuidados complexa e interligada entre si. Desse modo, torna-se necessária a adoção de medidas com a finalidade de desenvolver a integralidade dos serviços de atenção básica e especializados.

A fragmentação e burocratização na forma de relacionamento entre os serviços causou a retirada da responsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde. A estratégia do matriciamento em saúde mental visa a superar exatamente essa tendência. Experimentar novas estratégias e reforçar a rede de cuidados entre saúde mental e atenção básica parece ser uma via privilegiada de mudança daquilo que, hoje, mostra-se pouco resolutivo e estagnado.

É importante considerar que o processo de reforma psiquiátrica ainda se encontra em fase de implantação no País e que são recentes e incipientes as experiências de inclusão de ações de saúde mental na ESF. Tais ações são recentes também no Guarujá, onde a ESF existe há nove anos, e o matriciamento em saúde mental possui apenas nove meses e está sendo implementado em uma das cinco USAFA. Como essas ações estão em processo de construção, exigem maior investimento dos gestores em recursos humanos, sua capacitação profissional e em infraestrutura para que criem condições favoráveis à articulação da rede de serviços integrada e atenda às demandas sociais.

Os resultados deste estudo e a literatura pesquisada mostram que o matriciamento seria uma possibilidade de alcance e fortalecimento de ações de cuidado em saúde mental no território. Essa estratégia é um dispositivo que poderia qualificar os projetos terapêuticos

que têm como objetivo a inserção social, a reabilitação psicossocial e a atenção integral dos indivíduos com demandas de saúde mental. No entanto, encontram-se dificuldades na implantação dessa estratégia. Ainda há resistências, preconceitos, despreparo dos profissionais. Nesse sentido, algumas questões para reflexão se fazem necessárias quanto aos aspectos que dificultam a implantação do matriciamento, ao fortalecimento do trabalho em rede, à superação de resistências e preconceitos em relação o cuidado em saúde mental.

A partir dos resultados desta pesquisa consideramos que os diferentes profissionais envolvidos nesse tipo de trabalho devem trazer para seus cotidianos o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado

e articulado da atenção básica e outros serviços, de modo a promover qualidade de vida e resgatar o direito à saúde dos pacientes com demandas de saúde mental. Sobretudo os profissionais da ESF, que têm a possibilidade de trabalhar com a garantia ao acesso, por meio do acolhimento, do vínculo e da responsabilização, reafirmando a proposta da quebra de institucionalização, construindo, assim, novos caminhos possíveis para a prática do cuidado integral.

O estudo mostrou a necessidade de ampliar a discussão sobre o matriciamento em saúde mental como uma possibilidade de fortalecer o cuidado no território, considerando, assim, a realidade de cada localidade e avaliando se essa estratégia irá alcançar os objetivos a que se propõe. ■

Referências

AMARANTE, A.L. *et al.* As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.20, n.1, jan-mar, 2011, p. 85-93.

AYRES, J. R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, set-dez, 2004, p. 16-29.

BARDIN, L. *Análise do Conteúdo*. 6. ed. Lisboa, Edições 70. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatística das equipes de saúde da família*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#desempenho>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF,

19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 de dezembro de 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 01 ago. 2012.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 393-403.

CAVALCANTE, C.M. *et al.* Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *RBPS*, Fortaleza, v. 24, n.2, abr-jun, 2011, p. 102-108.

DELFINI, P.S.S. *et al.* Parceria entre Caps e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, 2009, p. 1483-1492.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, 2009, p. 63-74.

FURTADO, J.; CAMPOS, O.; GOMES, V. *Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP*. Campinas. 2006. Disponível em: <www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/tcc/apoio.pdf>. Acesso em: 10 jun 2008.

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Florianópolis, v.1, n.2, p. 112-131, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: ROSENI, P.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, 2001. p. 39-64.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

PEREIRA, M.A. O. *et al.* Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, p. 567-572, 2007.

PUPIN, V.M.; CARDOSO, C.L. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de 'ser agente'. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 13, p. 157-163, 2008.

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em março de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário

Analysis of satisfaction of users in a university hospital

Sandra Marcia Soares Schmidt¹, Fernanda Maria Müller², Elisandra dos Santos³, Paulo Sergio Ceretta⁴, Valéria Garlet⁵, Sabrina Schmitt⁶

¹Doutora em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. Enfermeira da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Coordenadora do Curso de Enfermagem na Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) - Santa Maria (RS), Brasil. sandramarciasoares@gmail.com

²Mestranda em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. fernandamaria.muller@yahoo.com.br

³Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. elisandrafaccim@gmail.com

⁴Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Santa Maria (RS), Brasil. Professor Adjunto do curso de Administração da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. ceretta10@gmail.com

⁵Graduação em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. valeriagarlet@yahoo.com.br

⁶Graduação em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. sabrinasch10@gmail.com

RESUMO: Este é um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa cujo objetivo foi o de analisar o grau de satisfação dos usuários internados no pronto socorro de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. A amostra constituiu-se de 167 pacientes e a coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2011 por meio de questionário adaptado de Pena (2010). Os resultados permitem concluir que os usuários estão satisfeitos com os serviços prestados pelas equipes de enfermagem, médica e de nutrição, e insatisfeitos com algumas variáveis relativas à infraestrutura e ao ambiente do pronto socorro.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação do paciente; Pronto-socorro; Administração; Enfermagem.

ABSTRACT: *This is a descriptive exploratory study of quantitative approach whose objective was to analyze the degree of satisfaction of users admitted to the emergency room of a university hospital in the central region of Rio Grande do Sul State, Brazil. The sample consisted of 167 patients and data collection was carried out during the period April-October 2011 by means of a questionnaire adapted from Pena (2010). The results allow concluding that users are satisfied with the services provided by nursing, medical and nutrition teams, but dissatisfied with variables concerning the infrastructure and the environment.*

KEYWORDS: *Patient satisfaction; Emergency room; Administration; Nursing.*

Introdução

Nos últimos anos, tem-se percebido o aumento no número de avaliações da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde. Recentemente, como argumentado por Malik e Teles (2001), os usuários desse sistema passaram a ter um papel fundamental nesse processo, sendo sua opinião introduzida no processo de avaliação. Cleary e McNeil (1988) argumentam que as pesquisas de satisfação podem ser usadas como um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Assim, a avaliação da satisfação pode ser utilizada para conhecer a qualidade de um tratamento e como uma importante fonte de informação para os trabalhadores e os gestores de saúde (BRÉDART *ET AL.*, 2002).

No Brasil, o tema da satisfação dos usuários é cada vez mais importante, principalmente a partir do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal Brasileira, em 1988. As pesquisas de satisfação começaram a ter força no Brasil a partir da metade da década de 90, com o maior controle do governo sobre o SUS e maior participação da população nas decisões sociais (BRASIL, 1990).

Essa preocupação também se tornou relevante com a instituição do Programa de Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), no ano de 2001, com a finalidade de implantar um processo de melhorias na assistência. O processo de acreditação avalia os recursos institucionais de forma periódica e ordenadora e de educação permanente dos profissionais com o intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos e aceitos (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

O Ministério da Saúde, no sentido de melhorar a assistência, também desenvolveu o prêmio de Qualidade Hospitalar para as unidades melhor avaliadas por usuários nas pesquisas de satisfação da qualidade de atendimento (BRASIL, 2009). Outra medida implantada pelo governo refere-se à Pesquisa Nacional de

Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS nos diferentes níveis de atendimento, tendo como objeto de estudo a satisfação e a percepção do usuário como um dos componentes da avaliação do sistema (BRASIL, 2006). De tal modo, propiciou ao usuário a oportunidade de opinar sobre as políticas públicas e identificar os fatores determinantes de sua satisfação.

Tais sistemas de avaliação possuem como objetivo melhorar o atendimento e a gestão dos serviços destinados à grande parte da população. Assim como argumentam De Souza, Danilevicz e Tinoco (2013), o maior desafio do setor público brasileiro está na transformação de sua gestão, o que poderia solucionar problemas que há muito tempo vêm comprometendo o seu desempenho.

Nesse sentido, para adequar-se a essas mudanças e atender às demandas de uma clientela cada vez mais exigente, gestores dos serviços de saúde têm assumido novas maneiras que impõem o incremento do nível de qualidade. Dessa forma, as instituições de saúde utilizam as pesquisas de satisfação para melhorarem os aspectos que causam descontentamento dos pacientes. Zenha *et al.* (2011) ressaltam que, mesmo em variáveis que gerem um bom índice, deve-se analisar as mudanças bem como dar importância criteriosa para as sugestões e observações feitas pelos usuários, visando melhorar a qualidade do serviço prestado. Conforme argumentado por Alonso (2008), a busca pela qualidade nos serviços de saúde tornou-se um fenômeno mundial, consequência do aumento da conscientização de que a qualidade é indispensável para a sobrevivência dos serviços de saúde. Além disso, constitui uma responsabilidade ética e social dos hospitais públicos.

Diante disso, este trabalho tem como objeto conhecer o grau de satisfação dos usuários internados no pronto socorro de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul por meio da análise do grau de satisfação desses usuários.

Este trabalho se justifica por avaliar os serviços de urgência e emergência de um

hospital de grande importância para a saúde pública da região central do Rio Grande do Sul e para os municípios do Estado que não possuem atendimento para alta complexidade. Em segundo lugar, por buscar uma reflexão crítica dos serviços prestado pelo SUS, podendo servir como um guia de gerenciamento e base para novas investigações. E, por último, por contribuir com as análises empíricas relativas ao tema na literatura brasileira e internacional, pois, como aponta Smith *et al.* (2007), ainda são incipientes em serviços de urgência e emergência devido à dificuldade de se abordarem os pacientes em função de seu quadro clínico.

Metodologia

Com o intuito de responder ao objetivo proposto, realizou-se um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa no Pronto Socorro Adulto de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul que presta diversos serviços especializados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse hospital é certificado como Hospital Escola pela Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, com sua atenção voltada ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde (BRASIL, 2007).

No momento da pesquisa, o referido Pronto Socorro dispunha de 22 leitos, que, durante a coleta de dados, contava com quadro de funcionários reduzido e metade dos leitos disponíveis à internação em razão de greve realizada pelos funcionários em prol de reajustes salariais.

Para determinar o tamanho da amostra e da população, consultaram-se dados estatísticos fornecidos pelo Hospital Universitário. A análise dos dados, revelou baixa rotatividade dos pacientes internados e alta complexidade dos casos. Considerando-se o número de 11 leitos disponíveis, a possibilidade de coleta de dados uma ou duas vezes por semana e o baixo número de pacientes capazes de responder

ao questionário, estimou-se que a população a ser abrangida pelo estudo, para um período de meio ano, era constituída de 286 pacientes. Para o cálculo amostral, usou-se um nível de confiança de 95% (1- α) e o erro amostral de 5% (α), sendo estimada uma amostra de 167 pacientes, conforme Equação [1].

$$N^{\circ} = \frac{1}{\text{erro}^2} = \frac{1}{(0,05)^2} = 400$$

$$N1 = \frac{N^{\circ} \times N (\text{população})}{N^{\circ} + N (\text{população})}$$

$$N1 = \frac{400 \times 286}{400 + 286} = 167 \text{ pacientes}$$

Onde N (população) se refere à população estimada de 286 pacientes e N1 se refere à amostra. Após sua elaboração, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade e à Direção Executiva do Hospital. Após aprovação desses órgãos, iniciou-se a coleta de dados.

Para melhor execução da pesquisa, adotou-se como critérios de inclusão os pacientes maiores de 18 anos, internados há mais de 24 horas e em condições de responder ao questionário. Após aceite, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme recomendações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

A coleta de dados ocorreu no período de abril a outubro de 2011, por meio de um questionário adaptado da pesquisa realizada por Pena (2010). O instrumento de coleta de dados constituiu-se de duas partes, sendo a primeira composta pela identificação das características sociodemográficas dos participantes da pesquisa e a segunda, contemplando os atributos sobre os aspectos do serviço de recepção, do atendimento médico, do atendimento da equipe de enfermagem, do serviço de nutrição e do ambiente hospitalar. Utilizou-se escala Likert de cinco pontos, na qual, 1 se referia a totalmente insatisfeito, 3 a indiferente e 5 a totalmente satisfeito.

Percebeu-se que a escala se adequaria melhor à situação de fragilidade vivenciada pelo usuário internado, por meio do pré-teste. A validação do instrumento foi realizada com funcionários do hospital.

Para a análise de dados, utilizaram-se o sistema Windows Excel e o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0. Para a caracterização do perfil sociodemográfico e avaliação do grau de satisfação dos usuários, utilizou-se estatística descritiva. O teste Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para analisar a diferença entre o grau de satisfação dos usuários em relação às variáveis sociodemográficas. O teste de Mann-Whitney foi utilizado também para verificar se dois grupos independentes pertenciam ou não à mesma população. A operacionalização do teste se dá ao ordenar a amostra em posições (ranks) ocupadas pelos elementos n1 e pelos elementos n2 da população. Se n1 e n2 forem aleatoriamente distribuídos, a hipótese nula do teste (H0) informa que a mediana da população subjacente à amostra será igual às medianas de n1 e n2. Caso contrário, rejeita-se H0. De forma similar, o teste de Kruskal-Wallis, também é utilizado para analisar a diferença entre as medianas, no entanto é usado para comparar três ou mais amostras independentes. Desse modo, o teste informa se há diferença entre pelo menos dois destes grupos. Sua aplicação utiliza os valores numéricos transformados em postos e agrupados num só conjunto de dados, no qual a comparação dos grupos é realizada por meio da média dos postos (posto médio). Além disso, ambos os testes são métodos não paramétricos, e não pressupõe o conhecimento da distribuição dos dados, bem como dos parâmetros populacionais, como média e variância. O nível de significância adotado para ambos os testes foi de 5%.

Resultados e discussão

Primeiramente, realizou-se a análise das características dos pacientes quanto às

variáveis sociodemográficas, conforme resultados descritos na *tabela 1*. A idade dos 167 pacientes entrevistados variou entre 18 a 89 anos, com média de 52 anos e desvio padrão de 17 anos; 56,3% eram do gênero masculino e 43,7% do gênero feminino; 52,7% dos respondentes eram casados e 72,5% possuíam o ensino fundamental. Quanto à profissão, 50,3% eram ativos e 49,7%, não ativos.

Corroborando os resultados obtidos, Paiva e Gomes (2007) revelaram que os usuários do SUS apresentam baixo nível socioeconômico e cultural. Da mesma forma, pesquisa com pacientes assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) HU da Casa do Hospital Universitário Clemente de Faria da Universidade Estadual de Montes Claros, realizada por Martelli *et al.* (2011), constatou predomínio de pacientes de baixa renda, pessoas aposentadas e baixa escolaridade como características básicas das pessoas que utilizam o Sistema Único de Saúde daquele hospital.

Ao se indagar sobre a procedência, identificou-se que a maioria, 65,9%, dos usuários era da zona urbana e provindos das cidades próximas ao hospital - São Francisco de Assis e São Pedro do Sul (6%), São Sepé (4,8%), Agudo (4,2%), Júlio de Castilhos (3,6%) -, mas o maior índice de usuários era de Santa Maria (47,9%). Vale lembrar, segundo Nishijim, Cyrillo e Biasoto Junior (2010), que a zona rural possui baixo percentual de pessoas com plano de saúde, o que contribui para a maior procura do hospital pelos municípios vizinhos, visto que está centralizado em uma região agrícola, além do fato desses municípios não possuírem hospitais com o mesmo porte e número de especialidades.

Ao se analisar o número de dias em que os pacientes ficaram internados, constatou-se que esse valor variou de um a 22 dias, com média de cinco dias (DP=2). Esse resultado possivelmente evidencia uma fragilidade da Atenção Básica (AB) de saúde na cidade e região próxima ao hospital, pois, nos serviços de emergência, os usuários encontram maior resolutividade, diferente do que se

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes internados no Pronto Socorro do Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul, no período de abril a outubro de 2011

Variáveis sociodemográficas	Frequência (n)	Percentual (%)
Gênero		
Feminino	73	43,7
Masculino	94	56,3
Idade		
40 anos	42	25,1
40 a 60 anos	73	43,7
60 anos	52	31,1
Estado Civil		
Solteiros	37	22,2
Casados	88	52,7
Divorciados	21	12,6
Viúvos	20	12,0
Escolaridade		
Analfabeto	11	6,6
Ensino Fundamental	121	72,5
Ensino Médio	28	16,8
Ensino Superior	7	4,20
Profissão		
Ativa	84	50,3
Não Ativa	83	49,7
Zona de Procedência		
Urbana	110	65,9
Rural	56	33,5

Fonte: Elaboração própria

encontra nos serviços de menor complexidade da rede pública (LUDWIG; BONILHA, 2003). Corroborando esse resultado, ainda quando se questionou sobre o tratamento em outros centros de saúde, identificou-se que 92,8% dos entrevistados não teriam outra opção de hospital para o atendimento.

Além do mais, no período de coleta de dados, o Pronto Socorro disponibilizava aos pacientes um serviço de acolhimento para

qualificar a urgência do atendimento. O serviço de acolhimento almeja fornecer maior agilidade na recepção e organização, priorizando os casos recebidos e facilitando a dinâmica de atendimento. O método utilizado relacionava cores com a urgência de atendimento, sendo vermelho=emergência, amarelo=urgência, verde=moderada urgência e azul=encaminhamento para uma Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto,

ao se questionar os pacientes em relação ao acolhimento oferecido pelo hospital, percebeu-se que 76% deles não tinham conhecimento da cor de acolhimento com qualificação de risco que representava a urgência de seu atendimento. Dentre os 40 pacientes que souberam informar, 57,5% eram classificados como casos de emergência, 32,5%, urgência e 10,0%, pouca urgência.

Dessa forma, aponta-se como problema o precário acolhimento oferecido pelo hospital aos pacientes. Percebe-se, com os resultados obtidos, que pacientes e familiares não são orientados quanto ao tempo de espera ou quanto à gravidade de seu quadro clínico ao chegarem ao Pronto Socorro. Segundo Solla (2005), o acolhimento diz respeito, também, à escuta dos problemas do usuário, o apoio para a resolubilidade dos problemas de saúde, objetivo central de um hospital que atenda ao SUS. Assim, identificou-se, ainda, a falta de um profissional que acompanhasse o quadro psicológico vivenciado pelo paciente internado, visto que muitos estavam internados sem acompanhantes e demonstravam a necessidade de compartilhar seu sofrimento.

Após a análise das variáveis sócio-demográficas, procedeu-se à análise referente à satisfação dos usuários internados. Ao se observarem os resultados apresentados na *tabela 2*, verifica-se que a média de satisfação dos usuários referente à equipe médica foi alta, variando de 4,35 a 4,63, embora as explicações e orientações dadas pela equipe médica tenha sido o quesito com menor média de satisfação. No que diz respeito à equipe de enfermagem, observa-se que a média de satisfação alternou entre 4,41 e 4,69. Da mesma forma, a pergunta referente às explicações e orientações dadas pela equipe de enfermagem apresentou a menor média. Desse modo, com base na análise dos escores de satisfação com a equipe médica e de enfermagem, conclui-se que os usuários entrevistados estão satisfeitos.

Segundo estudo de Donabedian (1990), 50% da satisfação geral do usuário com o serviço

prestado é dependente da relação do paciente com a equipe que o atende. Mendes *et al.* (2009) ressaltam que a qualidade do atendimento prestado pela equipe de profissionais é o componente melhor avaliado pelos usuários, o que também é confirmado pela pesquisa do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) (BRASIL, 2007), na qual 94% do nível de maior satisfação adveio do trabalho da equipe de saúde.

Ao se avaliar a média de satisfação dos usuários quanto ao serviço de nutrição, qualidade de alimentação e adequação dos horários para alimentação, obteve-se avaliação satisfatória. Esse fator merece destaque, pois pacientes acamados que não têm suas necessidades nutricionais atendidas poderão vir a sofrer redução da imunidade, aumento do risco de infecções, hipoproteïnemia, edema, má cicatrização de feridas, entre outras. Essas consequências refletem diretamente no tempo de permanência de internação e no aumento dos custos hospitalares (FONTOURA *ET AL.*, 2006).

Todavia, não se obtiveram resultados satisfatórios com as perguntas referentes ao atributo ambiente hospitalar, no qual o item conforto do hospital apresentou a menor avaliação (3,25). Esse resultado insatisfatório pode ser explicado pela falta de estrutura física para os pacientes aguardarem o atendimento. Além disso, muitos pacientes ficam internados no corredor até uma vaga nos leitos do pronto socorro, como o caso de um paciente entrevistado que estava há oito dias internado em uma cadeira de rodas devido à falta de macas e leitos. Outro fator agravante da situação foi a greve dos funcionários durante a realização desta pesquisa, que reduziu o número de leitos disponíveis para internação.

Outra variável relacionada à estrutura que teve baixa avaliação foi a questão referente ao silêncio noturno, com média de 3,34. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de o hospital atender a casos de urgência e emergência, gerando muito barulho e desconforto para dormir. Conforme Sampaio e Chagas

Tabela 2. Satisfação média dos usuários internados no Pronto Socorro, quanto à Equipe Médica, Recepção, Equipe de Enfermagem, Nutrição e ao Ambiente no período de abril a outubro de 2011

Variáveis	Média
Equipe Médica	
Interesse e atenção	4,54
Educação	4,63
Empenho	4,44
Explicações e Orientações	4,35
Equipe de Enfermagem	
Interesse e atenção	4,47
Educação	4,58
Empenho	4,51
Explicações e Orientações	4,41
Cuidados Prestados	4,69
Qualidade Geral	4,57
Recepção	
Tempo de Espera no atendimento inicial	3,59
Educação e cortesia da recepção	4,28
Rapidez e agilidade da recepção	4,34
Clareza de informações do atendimento inicial	4,34
Organização geral do atendimento	4,10
Nutrição e Ambiente	
Qualidade da Alimentação	4,29
Adequação dos Horários para alimentação	4,53
Limpeza do Local	4,37
Instalações dos banheiros	3,84
Silêncio à noite para dormir	3,34
Facilidade de localizar um profissional	3,92
Conforto que o hospital ofereceu/oferece	3,25
Confiança no Tratamento recebido	4,54

Fonte: Elaboração própria

Nota: Médias de uma escala Likert de cinco pontos, sendo 1 totalmente insatisfeito, 3 indiferente e 5 totalmente satisfeito.

(2010), estudos têm demonstrado que o ruído interfere diretamente na saúde do paciente hospitalizado. Dessa forma, locais que possuem um conforto acústico agradável podem contribuir para a recuperação do paciente.

Quanto aos profissionais da recepção - secretário, médicos e enfermeiros -, o item que avalia a satisfação do tempo de espera para o atendimento inicial obteve baixa avaliação, com média de 3,59. Essa avaliação pode ser explicada pelo alto número de atendimentos realizados pelo pronto socorro, conforme estatísticas do hospital. O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) relatam que existe dificuldade em lidar com a alta demanda oriunda de casos não graves em prontos socorros. Furtado, Araújo Junior e Cavalcanti (2004) afirmam que o aumento da demanda nos prontos socorros públicos ocorre devido à acessibilidade, funcionamento durante 24 horas, impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais e que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e, conseqüentemente, sobrecarga para toda a equipe de profissionais.

De acordo com a pesquisa de avaliação técnica elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no ano de 2010 com usuários do Sistema de Único de Saúde (SUS), identificou-se o mesmo problema, já que a demora para atendimento em postos e centros de saúde pública é um dos mais mencionados, razão pela qual a redução do tempo de espera para atendimento é uma das sugestões de melhorias no SUS. Desse modo, o tempo de espera é o motivo de maior insatisfação entre os pacientes, principalmente em hospitais que apresentam alta demanda, como é o caso do hospital analisado.

Por último, questionou-se sobre a confiança no tratamento recebido, que, conforme se observa na *tabela 2*, teve uma avaliação satisfatória, com média de 4,54. Relatos dos pacientes evidenciaram que depositam maior confiança no tratamento recebido nesse hospital do que no da rede de saúde privada da cidade.

Após elencar a avaliação de todas as variáveis que poderiam afetar a satisfação, optou-se

por analisar se a satisfação estava associada a alguma variável sociodemográfica investigada neste trabalho - sexo, estado civil, escolaridade, profissão, idade e zona de residência. Como resultados significativos, pôde-se verificar diferença em alguns itens de satisfação referentes à idade e à zona de procedência.

Para análise da associação da satisfação com a idade reagrupou-se essa variável em três faixas etárias. A primeira se refere aos usuários com idade igual e inferior a 40 anos; a segunda, entre 40 a 60 anos e a terceira, com idade igual ou superior a 60 anos. Para verificação da similaridade ou distinção dos grupos, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis. Conforme resultados apresentados na *tabela 3*, a um nível de significância de 5%, constatou-se que algumas variáveis de satisfação apresentaram distribuição distinta quando separadas em faixas etárias, rejeitando, dessa forma, a hipótese de que há similaridade da distribuição da satisfação em relação à faixa etária.

Ao se analisar a média de satisfação entre os grupos, observa-se que, na avaliação da equipe médica, de enfermagem, da recepção e das variáveis estruturais que apresentaram resultados significativos (p -value < 0,05), os pacientes com idade inferior a 40 anos apresentam os menores índices de satisfação. Para a variável confiança no tratamento recebido, a melhor média de satisfação foi atribuída pelos pacientes que possuem idade entre 40 a 60 anos.

Para análise da diferença de médias da satisfação em relação à zona de procedência, realizou-se o teste Mann-Whitney, conforme resultados dispostos na *tabela 4*. Verificou-se que a média de satisfação com a equipe médica não difere em relação à zona de procedência, visto que nenhuma das variáveis apresentou p -valor menor do que 0,05. Não se observou comportamento semelhante na análise da equipe de enfermagem, que mostrou diferença significativa para as variáveis de interesse e atenção ($p=0,011$), empenho ($p=0,007$) e qualidade geral do atendimento ($p=0,001$). No que se refere à avaliação da equipe de recepção, pode-se notar como única variável

Tabela 3. Resultados do teste Kruskal-Wallis referente à avaliação da satisfação dos usuários internados no Pronto Socorro durante o período de abril a outubro de 2011, em relação à faixa etária

Variáveis de satisfação profissional	≥ 40 anos Média (DP*)	40-60 Média (DP*)	≤ 60 Média (DP*)	P-valor
Equipe médica				
Explicações e orientações	4,14 (1,16)	4,59 (0,80)	4,20 (0,08)	0,029
Equipe de enfermagem				
Empenho	4,12 (1,09)	4,60 (0,76)	4,69 (0,57)	0,007
Explicações e orientações	4,12 (0,97)	4,55 (0,82)	4,46 (0,67)	0,012
Equipe de recepção				
Tempo de espera para o atendimento	3,10 (1,46)	3,77 (1,45)	3,73 (1,21)	0,033
Rapidez e agilidade	3,97 (1,29)	4,55 (0,84)	4,32 (0,71)	0,018
Variáveis estruturais				
Limpeza do local	4,07 (1,09)	4,55 (0,87)	4,35 (0,76)	0,019
Instalações dos banheiros	3,24 (1,28)	3,99 (1,21)	4,14 (1,02)	0,001
Silêncio à noite para dormir	2,68 (1,63)	3,52 (1,33)	3,61 (1,20)	0,009
Conforto que o hospital ofereceu	2,76 (1,59)	3,33 (1,43)	3,52 (1,23)	0,048
Confiança no tratamento recebido nesse hospital	4,57 (0,74)	4,73 (0,56)	4,25 (0,97)	0,007

Fonte: Elaboração própria

* DP: desvio padrão.

Nota: Adotou-se nível de significância de 5% para o Teste de Kruskal-Wallis. Os resultados referem-se às variáveis com diferença significativa na avaliação da satisfação em relação à faixa etária. A faixa etária foi dividida em três faixas, ≥40 anos (pacientes com idade inferior a 40 anos), 40-60 anos (pacientes com idade entre 40 e 60 anos) e ≤60 anos (pacientes com idade superior a 60 anos).

significativa, o tempo de espera, com maior média de satisfação dos pacientes oriundos da zona rural. Quanto às perguntas referentes à recepção e ambiente, observa-se diferença na média de satisfação em relação ao conforto oferecido pelo hospital, sendo a média de satisfação dos pacientes provindos da zona rural maior que os da zona urbana.

Esse resultado pode ser explicado pela questão cultural existente no campo. Percebe-se menos inquietação entre as pessoas que residem no interior, além de a maioria estar sujeita a condições de conforto menores do que as das pessoas que residem na cidade, o que possivelmente contribuiu para melhor avaliação desse grupo.

Tabela 4. Resultados do teste de Mann-Whitney referente à comparação da satisfação dos usuários internados no Pronto Socorro no período de abril a outubro de 2011, em relação à zona de procedência

Variáveis de satisfação profissional	Urbana Média (DP*)	Rural Média (DP*)	P-valor
Equipe médica			
Interesse e atenção	4,54 (0,725)	4,54 (0,758)	0,867
Educação	4,61 (0,718)	4,68 (0,602)	0,551
Empenho	4,42 (0,923)	4,49 (0,889)	0,603
Explicações e orientações	4,31 (1,029)	4,44 (0,964)	0,453
Equipe de enfermagem			
Interesse e atenção	4,36 (0,821)	4,68 (0,572)	0,011
Educação	4,52 (0,674)	4,70 (0,566)	0,074
Empenho	4,38 (0,928)	4,75 (0,544)	0,007
Explicações e orientações	4,35 (0,840)	4,54 (0,803)	0,070
Cuidados prestados	4,64 (0,617)	4,81 (0,398)	0,120
Qualidade geral	4,45 (0,659)	4,79 (0,411)	0,001
Equipe de recepção			
Tempo de espera no atendimento	3,36 (1,445)	4,02 (1,217)	0,005
Educação e cortesia	4,16 (1,055)	4,50 (0,688)	0,071
Rapidez e agilidade	4,26 (1,044)	4,48 (0,738)	0,364
Clareza de informações	4,30 (0,967)	4,40 (0,863)	0,701
Organização geral do atendimento	4,01 (0,957)	4,28 (0,818)	0,080
Variáveis de satisfação estrutural			
Qualidade na alimentação	4,32 (0,852)	4,22 (1,022)	0,748
Adequação dos horários	4,45 (0,866)	4,69 (0,609)	0,118
Limpeza do local	4,25 (0,999)	4,58 (0,680)	0,051
Instalações dos banheiros	3,69 (1,320)	4,13 (0,955)	0,079
Silêncio à noite para dormir	3,25 (1,504)	3,52 (1,236)	0,358
Facilidade de localizar um profissional	3,88 (1,144)	4,00 (1,086)	0,547
Conforto que o hospital ofereceu	2,90 (1,453)	3,91 (1,138)	<0,0001
Confiança no tratamento recebido nesse hospital	4,52 (0,726)	4,58 (0,865)	0,239

Fonte: Elaboração própria

* DP: desvio padrão.

Considerações finais

Este estudo permitiu analisar o grau de satisfação dos usuários internados no pronto socorro de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul em relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes ali internados e sua satisfação com critérios pré-definidos. Também permitiu, por meio das informações dos usuários, verificar como percebem o processo que envolve seu atendimento, contemplando aspectos relacionados à procura pelo serviço de emergência, bem como a solução de seus problemas de saúde.

Ao se avaliar a satisfação dos usuários internados no pronto socorro em estudo, constatou-se que, apesar dos inúmeros problemas enfrentados pelo SUS, como superlotação, falta de médicos capacitados, óbitos injustificáveis, os usuários desse pronto socorro estão satisfeitos com o atendimento prestado pela equipe médica, de enfermagem e de nutrição.

No entanto, percebe-se que há insatisfação com o tempo de espera para atendimento inicial e com alguns aspectos relativos ao ambiente hospitalar relacionados à infraestrutura do hospital, como falta de leitos e barulho. Outro fator que merece destaque é a implantação de um serviço de acolhimento ao paciente, já que foram identificadas falhas em tal serviço.

Assim, conclui-se que, apesar dos problemas apresentados pelo hospital e a necessidade de ampliação estrutural do pronto

socorro, a média de satisfação de todas as questões de forma geral demonstra que existe satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. Uma questão de suma importância para avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo hospital refere-se à média elevada para o item confiança no tratamento médico recebido durante o período de internação, evidenciando que o hospital, é, ainda, um local de atendimento satisfatório aos usuários do SUS da região.

No entanto, é bom ressaltar que as pessoas de baixa renda, normalmente, por apresentarem baixa escolaridade e características sociodemográficas encontradas nesta pesquisa não costumam expressar insatisfação com a qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (PAIVA; GOMES, 2007; LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991; ALONSO, 2008). Dessa forma, por não possuírem outra opção de internação, sujeitam-se às condições precárias e a muitos problemas, como superlotação dos hospitais. Outro problema que pode ser ressaltado é a falta de profissionais da área da saúde, além das péssimas instalações em hospitais públicos (GONÇALVES ET AL. 2012). Diante disso, verifica-se que os serviços de saúde pública ainda não cumprem o desiderato apontado na Constituição de que é obrigação do Estado oferecer ao cidadão todos os meios para que ele goze de boa saúde, visto que ainda há críticas quanto aos serviços oferecidos à população, como os percebidos pelo estudo. ■

Referências

- ALONSO, R.H.M.R. Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde com os Serviços Prestados por Unidades Básicas de Saúde. *Saúde e Beleza*, 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/satisfacao-dos-usuarios-do-sistema-unico-de-saude-com-os-servicos-prestados-por-unidades-basicas-de-saude/12595/>>. Acesso em: 30 out. 2010.
- BRASIL. Resolução 196/96. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 16 jan. 2011.
- _____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 03 mar. 2011.
- _____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em 03 mar. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS*. 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 set. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *SAÚDE BRASIL 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil*. 2009. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2012.
- _____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 02 de outubro de 2007. *Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino*. 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>. Acesso em: 14 out. 2013.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). *Resultado de processo avaliativo 2004-2006*. 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2012.
- BRÉDART, A. *et al.* Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores. *Patient Education and Counseling*, New York, v. 46, n. 2, 2002, p. 131-136.
- CLEARY, P.D.; MCNEIL, B.J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, n. 25, 1988, p. 25-36.
- DE SOUZA, H.M.; DANILEVICZ, A.M.F.; TINOCO, M.A.C. Critérios de excelência em modelos de gestão da qualidade em serviços públicos: uma análise comparativa. *Espacios*, Caracas, v. 34, n. 1, 2013, p.12-.
- DONABEDIAN, A. *La qualita dell' assistenza sanitaria*. Roma: NIS, 1990.
- FONTOURA, C.S.M. *et al.* Avaliação Nutricional de Paciente Crítico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, 2006, p. 298-306.
- FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAÚJO JUNIOR, J.L.C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, 2004, p. 279-289.
- GONÇALVES, P.S. *et al.* Qualidade de Serviços Públicos de Emergências em Unidades Pré-Hospitalares: Um Estudo Exploratório no Município de Campos dos Goytacazes. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 3, n. 2, 2012, p. 817-831.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço*. 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187&Itemid=2>. Acesso em: 12 maio 2012
- LEMME, A.C.; NORONHA, G.; RESENDE, J.B. A satisfação do usuário em um Hospital Público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.1, 1991, p. 41-46.
- LUDWIG, M.L.M.; BONILHA, A.L.L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 1, 2003, p. 12-17.
- MANZO, B.F.; BRITO, M.J.M.; CORRÊA, A.R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, 2012, p. 388-394.

- MARTELLI, D.R.B. *et al.* Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011, p. 147-157.
- MENDES, A.C.G. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9, n. 2, 2009, p. 157-165.
- MALIK, A.M.; TELES, J.P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, 2001, p. 51-59.
- NISHIJIM, M.; CYRILLO, D.C.; BIASOTO JUNIOR, G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 3, 2010, p. 589-611.
- O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S.P.O.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualisUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.5, 2009, p. 1881-1890.
- PAIVA, S.M.A.; GOMES; E.L.R. Assistência Hospitalar: Avaliação da Satisfação dos Usuários Durante seu Período de Internação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, 2007.
- PENA, M.M. *Análise do grau de satisfação dos usuários de um hospital privado: uma abordagem multissetorial*. 2010. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- PENA, M.M.; MELLEIRO, M.M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 2, 2012, p.197-203.
- SAMPAIO, A.V.C.F.; CHAGAS, S.S. Avaliação de conforto e qualidade de ambientes Hospitalares. *Gestão & Tecnologia de Projetos*, São Paulo, v. 5, n. 2, 2010.
- SMITH, G.D. *et al.* Diagnosis and Satisfaction Scores in Emergency Department Patients who Return a Mailed Survey. *The Journal of Emergency Medicine*, New York, v. 32, n. 2, 2007, p. 131-135.
- SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.5, n.4, 2005, p. 493-503.
- ZENHA, A.V. *et al.* Administração hospitalar: avaliação da satisfação dos clientes atendidos em uma clínica geriátrica na cidade de Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, Goiânia, n. 2, v. 2, 2011, p. 1-14.

Recebido para publicação em julho de 2012

Versão final em março de 2014

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas

The understanding of ER nurses about the health-disease process in assisting drug users

José Gilberto Prates¹, Paula Hayasi Pinho², Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira³,
Heloisa Garcia Claro⁴

RESUMO: Este estudo qualitativo objetivou identificar as concepções de enfermeiros sobre o processo saúde-doença na assistência emergencial a usuários de álcool e outras drogas. Realizou-se a pesquisa de campo por meio de entrevista semiestruturada com 14 enfermeiros. Analisaram-se os dados segundo os pressupostos da hermenêutica dialética, dando origem à categoria 'processo saúde-doença em álcool e outras drogas'. Os resultados mostraram que os enfermeiros compreendem o abuso de substâncias psicoativas como uma patologia, pautando-se nos modelos biomédico e moral, que desconsideram as várias faces da problemática. Conclui-se que a teoria do processo saúde-doença ainda está associada ao modelo da multi-causalidade, constituindo-se no principal desafio a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de urgência psiquiátrica; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Pessoal de saúde; Processo saúde-doença.

ABSTRACT: *This qualitative study aimed to identify the nurses understanding about the health-disease process in the emergency assistance to drug users. The field research was carried out by means of semi-structured interviews with fourteen nurses. Data were analyzed following the assumptions of Hermeneutical Dialectic, giving rise to the category 'health-disease process in drugs'. Results showed that nurses understand the abuse of psychoactive substances as pathology, and focus on biomedical and moral models that disregard the many faces of the disease. It concludes that the theory of health-disease process is still associated with the model of multiple causes, constituting the main challenge to be overcome when a psychosocial model of attention is concerned.*

KEYWORDS: *Emergency services, psychiatric; Substance-related disorders; Health personnel; Health-disease process.*

¹Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. jgilbertoprates@usp.br

²Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. phpinho@terra.com.br

³Livre Docente pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora da Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. marciaap@usp.br

⁴Doutoranda em Cuidados em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. heloisa.claro@usp.br

Introdução

O uso abusivo de substâncias psicoativas é, atualmente, um problema grave de saúde pública, tanto que se tornou um fenômeno amplamente discutido por profissionais, políticos, academia e sociedade. Entretanto, falar sobre o uso de drogas, especificamente a dependência química, traz a tona questões relacionadas à área da saúde que embora sempre presentes na história da humanidade, assumem características específicas em cada período. A maneira particular de ver e lidar com os fenômenos, também se modifica de acordo com os conhecimentos e interesses de cada época, como é o caso da concepção de saúde-doença.

As primeiras representações de saúde e doença estavam ligadas a uma visão mágica, já que as doenças eram entendidas como decorrentes da influência de entidades sobrenaturais com as quais o homem não podia competir. Posteriormente a doença passou a ser explicada no âmbito das crenças religiosas, por determinação dos deuses. Tal visão se modificou a partir das ideias de Hipócrates, primeiro a formular um conceito de causas naturais para os eventos presentes em nosso mundo. A medicina proposta por ele apresentava uma clara preocupação com a doença individual e com a forma de curá-la, bem como com a manutenção da saúde. (SEVALHO, 1993).

Descartes, no século XVII, desenvolveu o conceito de dualismo entre mente e corpo, passando a olhar este como uma máquina que poderia ser explorada e estudada (paradigma mecanicista), levando os profissionais da saúde a direcionarem sua atenção para o biológico, deixando de lado aspectos sociais, psicológicos e ambientais da doença (CAPRA, 1982). Teve início, assim, o modelo biomédico, que se constituiu no alicerce conceitual da moderna medicina científica, permanecendo como hegemônico na área da saúde aproximadamente quatro séculos após Descartes.

Nessa concepção, a interpretação do sinal físico (sintoma) se sobressai, desenvolvendo-se

um sistema de classificação das doenças de forma ordenada e sistematizada. A doença passou a ser identificada a partir de uma realidade concreta e localizada no corpo, evidenciando-se a partir da lesão anatômica. Buscava-se, portanto, a relação entre a lesão e os sintomas sob uma perspectiva anatomopatológica (CAPRA, 1982; ORNELLAS, 1999).

Nesse contexto, a medicina assumiu a concepção biológica da doença. A saúde passou a ser vista como a ausência de doenças e como processo de cura. Assim, o profissional médico, em sua atuação, era dotado cada vez mais de poder e controle sobre a doença e o seu tratamento, passando a ser um saber e uma prática socialmente valorizados.

No século XIX, desenvolveu-se a filosofia positiva, que exerceu impacto direto sobre o método científico ao ressaltar que todo e qualquer fenômeno deve ser explicado de forma objetiva e experimental. O surgimento da psiquiatria considerada um ramo secundário da medicina, incorporou o modelo biomédico, procurando discutir os problemas mentais a partir da descoberta de causas orgânicas, ou seja, da busca da lesão cerebral (CAPRA, 1982). O tratamento oferecido na primeira metade do século XX adinha desse modelo com ênfase no biológico.

Houve uma eclosão de hospitais psiquiátricos nesse período, destinados a atender diversos problemas relacionadas ao campo da saúde mental e pessoas que deveriam ser retiradas do convívio social, segundo os interesses vigentes à época (mendigos, leprosos, tuberculosos, portadores de sífilis, usuários de drogas etc).

Esse contexto colaborou para a desumanização do homem, não coincidindo, segundo Queiroz (1986), com as necessidades reais de saúde da população. O uso de álcool, por exemplo, vem desde a pré-história, embora, só tenha aparecido na literatura como uma condição clínica a partir dos séculos XVIII e XIX. Pode-se dizer que a droga, como qualquer outro elemento presente na sociedade, segue a evolução das culturas, ou seja, os

padrões, a frequência de utilização e os tipos de drogas consumidos mudam de uma época para outra de acordo com as condições socioculturais existentes. O que diferencia o uso das drogas no passado e o uso atual é o fato de ter deixado de ser um elemento de integração, um fator de coesão social e emocional, passando a constituir-se num elemento de doença social e de desintegração (BUCHER, 1992).

Como a sociedade 'coisifica' o homem, encarando-o como uma máquina e desumanizando-o, os valores humanos e afetivos importantes ficam relegados a segundo plano. Assim,

a drogadição não é mais do que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica, por meio da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos (KALINA ET AL., 1999, p. 88).

É um sintoma da crise que passamos, decorrente de fatores incluídos na dimensão familiar, social e individual (KALINA ET AL., 1999), bem como das rápidas e consistentes mudanças no modo de organização das sociedades industrializadas (TOSCANO JUNIOR, 2001). Essas transformações levaram a um modo de vida racional, materialista e normatizador, no qual o uso de drogas assumiu a forma de evasão, de contestação ou transgressão.

No que se refere ao tratamento dos usuários de drogas, até meados do século XX, se baseava, fundamentalmente, no modelo biomédico, estando diretamente ligado à assistência psiquiátrica. Os indivíduos que apresentassem problemas com álcool ou outras drogas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primeira de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso, utilizando, para tanto, as mesmas técnicas empregadas com os outros doentes internados.

Em contraponto a essa perspectiva surge a necessidade de uma abordagem abrangente e dinâmica que compreenda o processo saúde-doença como um fenômeno histórico

e multideterminado. O modelo biopsicossocial, que traz a ideia de integração, considerando saúde como uma produção social, ou seja, algo que tem relação com o biológico e depende de outros determinantes sociais que estão implicados na vida do homem, como cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico, entre outros. Esses determinantes são coerentes com uma discussão sobre melhoria na qualidade de vida, encarando a própria saúde como expressão dessa qualidade (MENDES, 1996).

Nessa visão, o paciente não é mais visto apenas como um objeto para a intervenção médica, mas como um sujeito ativo, integral, autêntico, com necessidades e valores, que vive, reflete e transforma o encontro clínico juntamente com o profissional de saúde. Segundo Ayres (2001) é nesse encontro que estão presentes duas subjetividades, que implica relação, mudança, construção. Assim, sem desconsiderar a relevância da prática médica, entender o processo saúde-doença na atualidade exige a consideração de questões subjetivas (QUEIROZ, 2003).

Portanto, no caso da dependência química, é necessário considerar e entender o significado da mesma na vida de cada indivíduo, uma vez que as histórias de vida são diferentes entre si. Além disso, cada indivíduo possui formas específicas de representar o processo saúde-doença, o que implica olhar para a subjetividade de cada um, vislumbrando, também, os sentimentos, desejos, as necessidades desse indivíduo que precisa ser visto como um ser ativo no processo saúde-doença.

Considerando que a assistência a indivíduos com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas é frequente nos serviços de urgência e emergência, que estes serviços são uma das portas de entrada para o sistema de saúde e que a enfermagem exerce importante papel na equipe para a preservação da vida, assim como para o correto encaminhamento após a alta, é importante conhecer e analisar as concepções sobre saúde e doença desses profissionais.

A urgência e emergência é um importante espaço para a identificação de usuários abusivos de álcool ou drogas ao possibilitar intervenções que, se realizadas de forma adequada, sem preconceitos e julgamentos, podem transformar-se em tratamento para esses indivíduos, sem estigmatizá-los.

Método

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado em dois pontos socorros da rede pública, na zona norte da capital de São Paulo. Esses hospitais são considerados referência para o atendimento emergencial em álcool e outras drogas para as regiões às quais pertencem. Trata-se de amostra não probabilística, intencional, cujos critérios de inclusão foram atuar na emergência desses hospitais por, no mínimo, um ano e aceitar participar da pesquisa. A amostra foi constituída por 14 enfermeiros de ambos os sexos.

Para a coleta de dados utilizou-se da entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi constituído por variáveis sociodemográficas e questões que abordam a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, o papel do enfermeiro em saúde mental que atua na emergência e o cotidiano do trabalho desenvolvido na emergência. Os dados foram coletados entre março e junho de 2010.

Após a transcrição das entrevistas, o material foi relido inúmeras vezes, procedimento definido como 'leitura flutuante', que permite apreender as ideias centrais dos sujeitos da pesquisa sobre o tema em foco (MINAYO, 2006). Dessa forma, organizaram-se os relatos e classificaram-se os dados de acordo com a semelhança de temas.

O procedimento eleito para análise foi o modelo da hermenêutica dialética. Segundo a literatura, a hermenêutica possibilita a compreensão a partir do entendimento dos textos dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, enquanto a dialética

estabelece uma atitude crítica, ao estudar o dissenso, a mudança e os macroprocessos (MINAYO, 2006). Da análise dos dados, emergiu a categoria Processo Saúde-Doença em Álcool e Outras Drogas.

Para apresentação dos resultados, os entrevistados foram identificados pela letra E, seguidos do número correspondente à ordem da entrevista. Em consonância com os pressupostos éticos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) e aprovado sob o número 917/2010.

Resultados

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entrevistaram-se 14 enfermeiros, sendo nove (64,29 %) do sexo feminino e cinco (35,71%) do sexo masculino. A média de idade é de 40 anos. Quanto aos anos decorridos desde a aquisição do título de enfermeiro, três (21,42%) possuíam mais de 16 anos de formação, cinco (35,72%) possuíam entre 11 e 15 anos, quatro (28,58%), entre cinco e dez anos e dois (14,28%), menos de cinco anos. Quanto ao número de vínculos empregatícios, apenas três (21,42%) enfermeiros possuem somente um vínculo; os outros 11 possuem múltiplos vínculos empregatícios. Nenhum deles possui especialização em álcool e drogas e apenas cinco (35,72%) possuem formação em atendimento de emergência.

Categoria processo saúde-doença em álcool e outras drogas

A maioria dos enfermeiros entrevistados aceita a condição dos usuários de álcool e outras drogas como uma patologia, uma doença que pressupõe o predomínio de estruturas biológicas sobre as psicológicas e sociais, correspondendo a uma determinada forma de intervenção:

“Eu acho que o uso descontrolado de droga é doença...” (E1). “Enxergo como uma doença; o organismo pede e as pessoas lidam com a vontade de maneiras diferentes...” (E3). “Eu acho que é uma doença porque tem diagnóstico...” (E4). “Eu acho que é doença pelos sinais e sintomas que ele apresenta, mas ao mesmo tempo, sei lá...” (E5). “Eu acho que é doença mesmo, é incontrolável, ele precisa daquilo; sendo doença a gente tem que atender mesmo. Fazer um trabalho mais direcionado, prevenir, sei lá...” (E9).

É uma doença e tem cura, já vi tantas pessoas que eram dependentes; alguns amigos morreram, outros mataram, outros vivem jogados e dois abandonaram o vício, conheço muita gente que era dependente...(E8).

Bebeu o dia inteiro e agora vem aqui [...]Jele entrou às 18h50m no plantão noturno e foi embora comigo no outro dia às 14h; eu falei para ele: ‘você precisa parar de beber aquele líquido branco’. Eles levam na brincadeira, porque não sabem da gravidade da doença...(E7).

Grande parte dos indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas é diagnosticada como dependente químico. A confirmação dessa definição no cotidiano dos enfermeiros pode ser comprovada nos discursos abaixo:

Na minha opinião é doença: eles são dependentes químicos, a maioria deles acha que não, acha que é mais um movimento de balada de sair e curtir, mas eles não conseguem sair depois que estão dentro...(E11).

“Eles têm uma doença, é dependência química; eles começam a usar por brincadeira e não consegue mais parar...” (E12).

Ele é doente. Ele não vai usar ou beber porque quer, tem alguma coisa que o atrai. Ele depende do álcool ou da droga para viver. Eu vi [...] o menino dizendo: - eu já sei o meu caminho, sou usuário de crack, esse crack vicia, acabou com

a minha família e o caminho é o caixão. Mesmo assim ele não conseguia parar, só conseguem quando estão sendo tratados. (E7).

Ressalta-se que a dependência não é igual ao uso. A grande preocupação é para aquele uso que se reconhece como patológico e que não permite ao indivíduo qualquer chance de escolha. Dessa forma, admite-se que o uso de drogas pode servir a dois propósitos: gerar prazer e aliviar o sofrimento de uma situação insuportável. Os entrevistados compreendem o uso de drogas inserido neste contexto:

O usuário de droga, e até mesmo o de álcool, geralmente tem uma desestruturação na família, passa por problemas, mas tem como prevenir; na verdade ele buscou o uso dessa droga e se viciou. Não é porque ele quer, acho que tinha que prevenir lá no início, na formação da personalidade. Às vezes, ele percebe que está fazendo mal, que ele não está bem, mas não consegue largar, é uma dependência. Não enxergo como uma falta de ocupação, enxergo como uma doença (E3).

“São pessoas que precisam de tratamento e não tiveram a oportunidade, talvez, de ter um momento de autorrealização, então acabam fugindo para outras coisas” (E4).

Acho que é doença, porque acaba sendo uma coisa psicológica devido à fuga; a pessoa tem um problema na vida dela e acaba se desvirtuando por algum motivo, seja ele qual for. É um comportamento patológico mesmo (E6).

Os entrevistados afirmam que o uso abusivo de substâncias psicoativas é uma doença e, como tal, necessita de apoio familiar para auxiliar no tratamento: “A família tem que se manter unida nesse tratamento, porque ele esta doente, é uma patologia” (E11).

Eu acho que é um doente, ele não consegue manter um controle e se a família não estiver

apoiando, ele vai morrer por uma dessas causas: ou porque esta devendo muito para o traficante ou pelo mundo das drogas (E10).

Um dos profissionais afirma não reconhecer a aprovação da Lei 10.216/01 como algo positivo, pois acredita que levou os usuários de substâncias psicoativas a perder a ‘vergonha’ de se posicionar, bem como de serem vistos como cidadãos de direito.

Na questão do uso, o paciente faz uso e volta para o pronto socorro. Isso, por causa da sociedade que tem um trabalho voltado para isso, antes eles tinham vergonha de falar, hoje não! Chegam aqui e falam: - olha, eu sou usuário e você tem que fazer o que eu quero. Eu que faço atendimento de porta, por ex., esses dias chegou um que era corintiano e queria passar a frente dos outros, sendo que não havia necessidade, então começou a gritar: sou corintiano e sou drogado!!!! Os pacientes sabem mais dos direitos deles do que nós dos nossos; é um trunfo para eles (E5).

Desde o final dos anos 1960, a polêmica referente ao caráter da doença aumentou, e se discute se a doença é essencialmente biológica ou social. Na história da psiquiatria, a relação com a doença mental esteve muito mais focada na definição de diagnósticos e condutas terapêuticas do que nas possíveis causas para o surgimento da doença e suas possibilidades de cura, que acabaram se tornando perguntas secundárias, mas que geraram e ainda geram dúvidas (BRUNELLO, 1998).

Conceituar saúde é, sem dúvida, uma tarefa difícil, pois os conceitos nem sempre são bem delimitados. Gadamer (1997) compreende esse processo como um mistério. A doença está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade, é uma perturbação experimentada pelo indivíduo, uma exceção que o afasta das relações vitais com as quais ele estava habitualmente vivendo. A experiência da doença relaciona-se ao estado anterior da saúde, que, estando ‘esquecida’ ou não

chamando a atenção, impõe o estabelecimento de valores padronizados. Assim, a doença não pode existir sem a saúde.

Historicamente, a noção de saúde tem sido traduzida, sobretudo, como a ausência de doenças (BENTHAM APUD LEWIS, 1986) ou como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE APUD LEWIS, 1986, P. 1100). Essas perspectivas, embora pareçam diferir, conduzem a análises reducionistas, uma vez que, para elas, as doenças decorrem de determinismos biológicos, o foco é centrado no indivíduo, e a ausência de doenças é o ‘marcador’ da saúde.

A concepção reducionista de doença resume ao aspecto biológico, desconsiderando outros elementos relevantes que nela podem interferir; a especialização, por sua vez, leva a uma fragmentação do corpo, onde cada parte deve ser cuidada de acordo com um conjunto de saberes de domínio de especialistas. Esses aspectos apresentam implicações diretas na relação do profissional com o indivíduo, que deixou de ser visto em sua totalidade, tornando-se apenas sinônimo de um sintoma que apresenta ligação com uma doença específica. A doença, então, passou a ser foco de interesse do profissional, segundo Backes, Lunardi e Lunardi Fiho (2006), desconectada do ser que a abriga e no qual a mesma se desenvolve.

Silva (1997) reafirma esse fato ao discutir que a concepção de saúde-doença multifatorial, i.e., sob a perspectiva da teoria de multicausalidade, ainda está presente na forma de reinterpretar as situações vivenciadas no curso da doença mental, dado que tal teoria é hegemônica e está presente nas ações de saúde na sociedade ocidental contemporânea.

As respostas reducionistas e deterministas, baseadas na teoria da multicausalidade e na noção de que o abuso de substâncias psicoativas é uma doença, pautam-se no modelo médico, que segundo Pillon e Luis (2004), baseia-se na suposição de que a dependência é uma entidade nosológica distinta e progressiva, com origens e manifestações físicas

que demandam tratamento médico. Nesse modelo, o comportamento do uso da substância é visto como progressivo, incurável e a causa da doença está relacionada aos fatores genéticos, biológicos, estruturais de natureza química. Esse modelo implica aceitar que o uso da substância exerce papel de doença e que o indivíduo, portanto, espera ser tratado como doente.

Para os entrevistados, a doença está associada à dependência química, passando a ser um problema que causa o descontrole do indivíduo no futuro. Em linhas gerais, a dependência de drogas é mundialmente classificada como um dos transtornos psiquiátricos, sendo considerada uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Entretanto pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas que se alternam, muitas vezes, entre períodos de controle e retorno da sintomatologia (AGUILAR; PILLON, 2005).

A partir do final da década de 1960 reflexões importantes subsidiaram a discussão referente ao processo saúde-doença e, a partir delas, ficou evidente a importância dos processos psicossociais na promoção da saúde, como a pobreza, condições de trabalho, moradia, alimentação, costumes, práticas de saúde e outros (SAWAIA, 1994). Porém, ainda é possível encontrar, na literatura, a conceituação tradicional tanto da doença como de suas causas sob a ótica de fator biológico (LAURELL, 1993), conforme visualizado nos discursos dos respondentes desta pesquisa.

Exemplo disso está em que muitas pesquisas sobre o papel dos fatores psicossociais nas diversas etiologias baseiam-se na concepção estática de saúde como um estado de completo bem estar físico e mental, de equilíbrio e estabilidade que pode ser interrompido pela doença causada tanto por agentes bacteriológicos e micro-orgânicos como pelos 'psicossociais' (SAWAIA, 1994).

Portanto, embora existam evidências quanto às limitações biológicas da doença e da prática que a sustenta, ainda é necessário o emprego de estratégias para demonstrar que

a doença tem efetivamente um caráter histórico e social (LAURELL, 1993).

Ao compreender o uso de drogas como um fenômeno multifacetado, que envolve aspectos genéticos, influencia o ambiente e o estado psicológico dos indivíduos, concorda-se com Silva (1997), que aponta que a superação da visão hegemônica da multicausalidade somente será possível com a realização de uma mudança na compreensão do processo saúde-doença mental na perspectiva da determinação social, ou seja, levando em consideração o processo saúde-doença mental pelo seu caráter histórico e não apenas porque está socialmente determinado. Laurell (1993) afirma que o vínculo entre os processos social e biológico é dado por processos particulares influenciados pelos coletivos, simultaneamente sociais e biológicos.

Compreender o processo saúde-doença mental nessa perspectiva auxilia o indivíduo ou grupo a conviver com o adoecimento psíquico e lidar com as metáforas sociais e as contradições a ela relacionadas, sobretudo, porque na determinação social do processo saúde-doença, acredita-se que a maneira como a sociedade se organiza e a forma como os indivíduos nela se inserem determina, em última instância, as condições de adoecimento.

Caraciolo (2007), ao abordar o perfil dos usuários de drogas, afirma que, embora não exista uma personalidade típica, é possível dizer que apresentam características comuns. Em geral, esses sujeitos expressam uma estrutura psíquica muito frágil, por vezes imatura, difícil de ser trabalhada e compreendida. Normalmente são influenciáveis, insatisfeitos com o mundo e sem identidade real. Frequentemente, têm baixa tolerância à frustração e à dor, e o imediatismo é característica habitual dessa população.

Assim como na literatura científica, os entrevistados afirmam que o usuário de substâncias psicoativas possui uma desestruturação psíquica e falta de autorrealização, utilizando-se das drogas ou do álcool para fugir da

sensação de desconforto. Eles relatam que estas são algumas características evidentes e comuns a essa população, o que reforça a ideia de que o fenômeno do uso abusivo de substâncias psicoativas não pode ser entendido apenas a partir da vertente biológica.

Para alguns indivíduos, a droga passou a exercer papel central em suas vidas na medida em que, por meio do prazer, preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o funcionamento psíquico dos mesmos.

Segundo o entendimento dos entrevistados, a família é um núcleo de apoio. Frequentemente, nos serviços de urgência e emergência, a família é representada por um membro familiar que assume a condição de cuidador e defende os interesses familiares, embora carregue nas suas manifestações discursivas o peso e o ônus suportado pela situação (MIRANDA ET AL, 2006).

Concorda-se com Smeltezer e Bare (2001), ao afirmarem que a família é um sistema dinâmico, visto que a incapacidade de um membro afeta todos os outros membros e que apenas com sua incorporação ao tratamento do usuário pode o sistema familiar adaptar-se à mudança de um de seus membros. Esse fato requer da família adaptações para manter-se ajustada aos desequilíbrios advindos desse processo.

Destarte, entende-se que a busca de novas tecnologias frente à Lei nº 10.216, de 2001, constitui-se como um dos mecanismos de consolidação da reforma psiquiátrica e da melhoria da convivência familiar, de sua adesão aos recursos psicoterapêuticos e aos processos de trabalho do profissional enfermeiro nos serviços de urgência e emergência psiquiátrica (BRASIL, 2001). Portanto, do ponto de vista dos cuidados direcionados à família, reconhece-se que as interações do profissional enfermeiro com o indivíduo são também interações indiretas com a família dele.

A aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, propiciou a transformação das práticas e saberes antimanicomiais já em desenvolvimento, garantindo aos usuários de serviços de saúde

mental e aos que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, valorizando o caráter territorial do atendimento e configurando redes assistenciais mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população, como assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho, educação e outros (BRASIL, 2001). Assim, é primordial que os profissionais que trabalham com essa população compreendam a necessidade de mudar seus paradigmas para poderem prestar a assistência baseada nos pressupostos de outro modelo mais abrangente como o psicossocial.

Pode-se inferir, ainda, que, na concepção de alguns enfermeiros, encontra-se latente a ideia de que o usuário de substâncias psicoativas ainda é visto como um pecador, um 'vagabundo' sem direitos, que se utiliza do recurso legal para obter vantagens.

Portanto, essa concepção está apoiada no modelo moral, que desconsidera as várias faces da problemática relacionada ao abuso de substâncias psicoativas, tendo sua ênfase na lógica do isolamento (internação) e na recuperação moral e ética do usuário, o que acaba os excluindo da sociedade, estigmatizando-os e recorrendo à resposta mais antiga que a sociedade moderna encontrou, a saber, a resposta repressiva, que se orienta pelo modelo jurídico-moral.

Marinho (2005) revela que, muitas vezes, a questão do consumo de drogas fica envolvida em significações marginais que acabam gerando e reforçando preconceitos, segregando o usuário, em vez de propiciar uma sensibilização para a mudança de comportamento.

Pode-se afirmar que os enfermeiros entendem que o abuso de drogas é um comportamento que promove o desencadear de diversos problemas, afetando a saúde da pessoa e, conseqüentemente, a dinâmica familiar, constituindo-se assim em um problema de saúde.

A maior parte dos dependentes de drogas possui momentos de crise, onde são

necessários procedimentos emergenciais para uma rápida reversão, como nas crises de abstinência, agitação e inquietação psicomotora, crises convulsivas e outros. Essas necessidades devem ser atendidas prontamente, em serviços de emergências (LUIS; LUNETTA; FERREIRA, 2008).

Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença é um dos pontos centrais para os profissionais da saúde que desejam promover saúde, cuidando para que as pessoas possam ter, tanto quanto possível, uma boa qualidade de vida, mesmo quando há limitações. Para essa relação especial com os usuários do serviço, seja de emergência ou não, é necessário o aprendizado do uso dos instrumentos e das tecnologias que compõem a formação desses profissionais.

Considerações finais

Os conceitos de saúde e doença, bem como a questão do uso de substâncias psicoativas, sofrem influência direta do contexto histórico, cultural e social, uma vez que sempre permearam a vida humana.

Percebe-se que os enfermeiros deste estudo reduzem a doença ao aspecto biológico e desconsideram outros elementos relevantes que podem nela interferir. Conclui-se que a concepção do processo saúde-doença que mais se evidenciou entre os entrevistados ainda está associada ao modelo da multicausalidade, sendo este o principal desafio a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

O tratamento da dependência química na atualidade, bem como as intervenções visando à promoção da saúde e à prevenção do uso de drogas, deve romper com o modelo cartesiano e adotar modelos mais inclusivos e amplos. ■

Referências

AGUILAR, L.R.; PILLON, S.C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 790-797, 2005.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BACKES, D.; LUNARDI, V.; LUNARDI FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRUNELLO, M.I.B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *R. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 14-19, jan/abr, 1998.

BUCHER, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARACIOLO, J.M.M.; SHIMMA, E. (Org). *Adesão da teoria a prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.
- GADAMER, H.G. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- KALINA, E. et al. *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- LAURELL, A.C. A saúde doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.) *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1993. p.133-158.
- LEWIS, A. Saúde. In: SILVA, B (Org.) *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986. p.1099-1101.
- LUIS, M.A.V.; LUNETTA, A.C.F.; FERREIRA, P.S. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 39-45, 2008.
- MARINHO, M.B. O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionada ao consumo de drogas. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, p. 345-354, 2005.
- MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. (Org.) *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-297.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec: 2006.
- MIRANDA, F.A.N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 222-232, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- ORNELLAS, C. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 19-26, 1999.
- PILLON, S.C; LUIS, M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-682, 2004.
- QUEIROZ, M.S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, p. 309-317, 1986.
- _____. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC, 2003.
- SAWAIA, B.B. Análise psicossocial do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.28, n. 1, p.105-110, 1994.
- SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 349-363, 1993.
- SILVA, A.L.A. *O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida*. 161 p. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. BRUNNER/SUDDART: *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.
- TOSCANO JUNIOR., A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S.; TOSCANO JUNIOR. A. (Ed.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 7-23.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em dezembro de 2013
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos

The practice of the health education in the perception of the diabetic and hypertensive users

Edmar Rocha Almeida¹, Cinara Botelho Moutinho², Maisa Tavares de Souza Leite³

RESUMO: Este estudo qualitativo objetivou analisar, a partir da percepção do usuário, a prática de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Realizaram-se entrevistas não estruturadas e análise do discurso. As ações educativas baseiam-se em ideias contraditórias - a integralidade e a atenção à doença -, demonstrando os conflitos da realidade. O grupo educativo representa um mecanismo de apoio a quem enfrenta a doença crônica. Há coexistência de pedagogias divergentes, como as dialógicas e tradicionalistas. Nota-se um cenário plural, em processo de transformação.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Saúde da família; Hipertensão; Diabetes mellitus.

ABSTRACT: *This qualitative study aimed to analyze, from the user's perception, the practice of the health education in the Family Health Strategy context. Some non structured interviews and discourse analysis were done. Educational activities are based on conflicting ideas: the integrality and the attention to the disease, demonstrating the conflicting reality. The educational group represents a support mechanism to those facing the chronic illness. There is a coexistence of divergent pedagogies, as the traditionalists and dialogical ones. We can observe the existence of a plural scenario under a process of transformation.*

KEYWORDS: *Health education; Family health; Hypertension; Diabetes mellitus.*

¹Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Minas Gerais (MG), Brasil. Coordenador da Atenção Primária à Saúde do Município de Taiobeiras - Minas Gerais (MG), Brasil.
edsky48@gmail.com

²Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Minas Gerais (MG), Brasil.
cinarabotelho@yahoo.com.br

³Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Minas Gerais (MG), Brasil.
mtsiv@terra.com.br

Introdução

A educação entendida como prática social acontece em meio a expectativas, desejos, frustrações e implica a utilização de processos e técnicas voltados para a aprendizagem, que é sempre diretiva, pois possui uma ideologia política, mesmo que velada (FREIRE, 2007). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação é indispensável, seja na formação dos trabalhadores ou no cuidado aos usuários. Pode-se denominar esse processo de educação em saúde (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009).

Conceitua-se a educação em saúde como o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Possibilita, ainda, o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009).

Contexto privilegiado para a prática educativa é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se pauta na adscrição da população e primeiro contato para os usuários através de uma abordagem longitudinal e integral. É o ponto de atenção de maior complexidade no SUS por se basear em tecnologias cognitivas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (MENDES, 2012; VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009).

Um desafio da ESF é controlar as doenças crônicas, causadoras de enormes custos econômicos e sociais. Dentre esses agravos, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) tanto por sua prevalência como pelo potencial de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Um dos papéis da ESF no controle desses problemas é o apoio aos usuários no gerenciamento do adoecimento crônico, por meio da educação em saúde (MENDES, 2012).

Assim, atualmente, as equipes de saúde da família necessitam incorporar habilidades educativas, imprescindíveis ao desenvolvimento de um processo de trabalho

condizente com o modelo de atenção às doenças crônicas, a fim de estabelecer a troca de conhecimentos e a transformação da realidade (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012). Portanto, seja em seus espaços formais, como os diversos grupos educativos, ou na relação diária entre profissional de saúde e usuário, toda ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas (ALVES, 2005).

O desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações, entretanto essa possibilidade relaciona-se ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009). Portanto, torna-se interessante e necessário conhecer a realidade educativa a partir da visão dos usuários foco da atenção do sistema de saúde e contrapor a lógica da maioria dos estudos encontrados na literatura que trabalham a temática a partir da ótica dos profissionais.

O objetivo geral deste estudo é analisar, a partir da percepção do usuário, a prática de educação em saúde no contexto da ESF.

Metodologia

Adotou-se o caminho metodológico qualitativo e descritivo, já que é o mais apropriado para apreender aspectos relacionados aos significados, atitudes e ideologias. Fundamenta-se em uma visão dialética da realidade ao levar em consideração as relações estreitas entre o mundo social e natural, entre a consciência e o suporte material e ao entender o homem em seu percurso histórico (MINAYO, 2010).

O local da pesquisa foi a ESF de Montes Claros-MG, que possui 67 equipes em atuação. O município se destaca por ser sede de região ampliada de saúde do Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais, além de polo regional de formação técnica e superior em saúde.

Participaram do estudo onze usuários vinculados a seis equipes da ESF. Essas equipes

foram selecionadas por desenvolverem ações educativas regularmente. Observaram-se, ainda, os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado como hipertenso ou diabético em uma equipe da ESF; ter participado de cinco ou mais grupos educativos no período de um ano; ser maior de 18 anos e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Definiu-se, como instrumento de coleta de dados, a entrevista não estruturada envolvendo a descrição abrangente do objeto de estudo. As entrevistas foram registradas por meio da gravação de áudio, conforme consentimento prévio dos participantes. Para o tratamento dos dados, optou-se pela técnica da análise do discurso, que permite revelar o posicionamento ideológico dos sujeitos dentro da dinâmica processual de construção social e histórica (MINAYO, 2010).

A análise dos dados aconteceu em três etapas: na primeira, transcreveram-se as entrevistas, sendo os sujeitos denominados de U1a U11. Na segunda, realizou-se a leitura profunda e exaustiva das entrevistas a fim de desfazer a ilusão da transparência e buscar a discursividade do texto. Gradativamente, as formações discursivas emergiram, dando forma às categorias empíricas. Na terceira etapa, construiu-se um mapeamento para facilitar a análise, permitindo a definição final das categorias a partir das formações discursivas identificadas nos discursos dos sujeitos-falantes (MINAYO, 2010).

Realizou-se o estudo conforme as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) pelo parecer consubstanciado nº 1557/09.

Resultados e discussão

A análise do discurso resultou em três categorias empíricas, classificadas a partir da identificação das formações discursivas, discutidas a seguir.

O aprendizado e a troca de experiências do usuário nas atividades educativas

A educação em saúde é um instrumento que contribui para as escolhas conscientes dos usuários, considerando-se os saberes populares, a fim de refletir autonomia e favorecer um cuidado direcionado para suas reais necessidades (FERNANDES; BACKES, 2010). De acordo com Alves (2005), a abordagem educativa deve fundamentar-se em uma visão totalizante do indivíduo, compreendendo-o como ser biopsicossocial para que se possa ir além da patologia e de seus sofrimentos, procurando trabalhar suas necessidades mais abrangentes: “*Não fala só sobre hipertensão, fala de muita coisa, de convivência da gente, poder andar nos lugares, numa festinha, esforçar-se, NE*” (U10).

Evidencia-se uma educação em saúde voltada para o cotidiano, que não se centrou nos conceitos relacionados ao adoecimento, mas procurou discutir sobre a qualidade de vida, na perspectiva da saúde integral (BRASIL, 2007).

Também, há relatos de intervenções voltadas para a promoção de hábitos saudáveis, como alimentação adequada e atividade física: “*Eles falam do cuidado que a gente tem que ter, dos exercícios que a gente tem que fazer [...]*” (U11).

Observa-se que a noção de cuidado é central na fala do usuário. Pinafo *et al.* (2011), ao realizarem um estudo qualitativo com profissionais de equipes de saúde da família do Município de Santa Marina-PR, com o objetivo de analisar suas concepções sobre educação em saúde relatam que tais profissionais enxergam as atividades educativas como um fazer inerente ao cuidado. Desse modo, como citam Cervera, Parreira e Goulart (2011), a educação em saúde torna-se uma estratégia essencial para o aprendizado do usuário acerca do autocuidado. Nessa mesma lógica, outros cuidados específicos para a HAS e DM também são explorados: “*Falam sobre os hipertensos, os cuidados que*

têm que tomar com sal, gordura, fritura, cuidados com alimentação. Procurar controlar o peso; quem é gordinho controlar o peso.” (U9)

[...] fala muito de como fazer a unha do pé, não cortar pra não arruinar e fazer a unha quadrada, não deixar ponta pra não cortar alguma coisa, muita coisa boa a gente aprende lá [...]. (U10)

A educação pode desenvolver no indivíduo a consciência acerca de seus problemas de saúde e da responsabilidade, pela parte que lhe cabe, de seu cuidado (CISNEROS; GONÇALVES, 2011).

Para Alves e Aerts (2011), os conhecimentos sobre saúde devem ser debatidos com os usuários para que, após essa discussão, eles possam optar por uma vida saudável. Essa abordagem focaliza a mudança de estilo de vida, como citado no relato a seguir:

Eles orientam como regular o alimento, como se devem alimentar os hipertensos e os diabéticos. Orienta como evitar os alimentos proibidos, aí esclarece, fica bem claro. Sobre o sal, que principalmente se deve evitar (U8).

Nesse aspecto, a maioria dos profissionais de saúde desenvolve atividades educativas com foco na prevenção. Isso implica, de um lado, o estímulo a comportamentos considerados corretos e saudáveis e, de outro, uma total responsabilização dos indivíduos pelos seus problemas de saúde (BRASIL, 2007). Em estudo realizado por Cervera, Parreira e Goulart (2011) com o objetivo de conhecer a percepção de enfermeiros da ESF de Uberaba-MG, sobre as práticas educativas em saúde revelaram-se condutas educativas destes profissionais, fundamentadas na responsabilização dos indivíduos, voltadas para o combate ao sal, açúcar e sedentarismo, objetivando a mudança individual de comportamento.

Segundo Brasil (2007), nessas abordagens, demonstram-se comportamentos adequados à luz da ciência para que o usuário os pratique. No entanto, as razões que levam a

população a escolher suas condutas ficam à margem da educação, como se estivessem fora da discussão sobre a saúde. Nesse sentido, a solução ideologicamente apresentada é seguir uma norma, do tipo ‘*você tem que fazer isso*’ ou ‘*você tem que praticar aquilo*’:

É sobre alimentação, sobre a diabetes, como devo fazer, como não devo, o que devo comer o que eu não devo. E as coisas que posso usar, as que eu não posso e da hipertensão a mesma coisa. A comida com a qual eu posso me alimentar, coisas assim (U5).

Revelam-se conhecimentos construídos por abordagens, na maioria das vezes, estruturadas no repasse de informações e inspiradas no higienismo que é pautado na mudança da vida das pessoas, ensinando-as a realizar cuidados para ter saúde (ACIOLI, 2008). Entretanto, nos fazeres educativos, é preciso ir além e tentar compreender as peculiaridades dos sujeitos, seus valores, culturas, costumes, trocando saberes populares e científicos, propiciando o desenvolvimento e enriquecimento recíproco (FREIRE, 2011; PINAFO ET AL., 2011).

Para Vasconcelos, Grilo e Soares (2009), além da permuta de saberes entre profissional e usuário, é necessário favorecer a troca de experiências entre pessoas com um problema em comum. Para tanto, na prática educativa da ESF, os grupos são organizados segundo algum critério clínico, permitindo vivenciar e aprender coletivamente: “*Eu gosto muito, e ali a gente passa a conhecer outras pessoas do grupo de diabetes e troca ideias uns com outros [...]*”(U1). “*[...] desperta a gente. A gente encontra com pessoas diferentes que têm o mesmo problema; cada um fala o que sente [...]*” (U4).

Segundo Freire (2011), o ser humano aprende com o mundo e também com seus semelhantes a partir do diálogo. De acordo com Vasconcelos, Grilo e Soares (2009), um grupo educativo traz a percepção de que as pessoas não estão sozinhas ao enfrentar certos problemas, pois ganham apoio na experiência dos outros componentes do grupo: “*Você vai*

lá e fica sabendo os sintomas da doença, o que causa e você vai conversando com outras pessoas que já têm. É bom que você vai prevenindo pra você não ficar doente” (U6).

Observa-se a incorporação dos conhecimentos produzidos pelo grupo, não somente pelos educadores e a troca de experiências sendo valorizada como motor de reflexão e mudança (ACIOLI, 2008). Desse modo, produzir relações interativas, pautadas na solidariedade entre os membros de um grupo, pode ser positivo para o cuidado em saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). A interação permite socializar as representações que uma doença possui no ideário das pessoas, forma de simbolização que, de acordo com Gazzinelli *et al.* (2005), também influencia as condutas e práticas do usuário:

Eu acho bom, porque, às vezes você, você acha que tem uma doença e você vê lá gente que está pior. Tem gente lá que tem diabetes, que toma insulina. Às vezes, você acha que sua pressão é grave, mas tem gente que é pior. Igual ao diabetes: é horrível (U6).

Ainda de acordo com Gazzinelli *et al.* (2005), o grupo educativo promove uma permuta de experiências criadoras de significados para o adoecimento e suas representações sociais, que, de certo modo, geram juízo de valor quanto à sua gravidade e complexidade:

Conheci muito. Por exemplo, eu achava que o meu problema, que a diabetes não era tão séria. Quando a gente encontra aquelas pessoas que já amputaram a perna ou estão passando por problemas difíceis, de hemodiálise, de tudo, então a gente já fica mais apavorada (U6).

Estudo qualitativo e exploratório de Cisneiros e Gonçalves (2011), realizado com diabéticos neuropatas e seus familiares participantes do programa de prevenção de uma unidade de saúde pública de Porto Alegre, RS, com o objetivo de conhecer e apresentar

os significados dos sujeitos sobre os cuidados primários que visam prevenir complicações nos pés demonstrou que o conhecimento de histórias alheias de complicações relacionadas ao diabetes pode estimular a adesão de cuidados preventivos. Como citam Gazzinelli *et al.* (2005), é preciso que as atividades educativas considerem as noções dos sujeitos sobre o adoecimento, mesmo que não se saiba ao certo como utilizá-las de forma educativa.

O impacto da educação em saúde na vida dos usuários

De acordo com Brasil (2007), o processo educativo deve ser conduzido por ações promotoras do bem viver segundo o modo de ser de cada cidadão, pelo encontro de novos saberes e práticas de saúde do cotidiano do usuário:

Mudou muito, porque eu aprendi muita coisa [...] E até mesmo essa parte de exercício, caminhar, fazer exercício, essas coisas. Eu até fazia aqui, mas, sem compromisso. Achava que não tinha tanta importância. Aí, depois que foi mostrado que vale mesmo, que tem que ser feito. E eu fiquei mais ativa, nisso aí (U1).

Nota-se que a mudança se inicia pelo ato de conhecer, mas que, para se efetivar, passa pela reflexão crítica do sujeito, conduzindo-o à ressignificação de suas práticas e à redescoberta de um modo de manter a saúde e melhorar a vida (BRASIL, 2007). Segundo Freire (2011), a mudança não acontece apenas pela apreensão de um novo saber, mas no agir e refletir, que podem levar a uma nova forma de viver:

Mudou, porque, graças a Deus, eu era uma pessoa que só vivia em hospital. Quando não era em hospital, era só me consultando direto, e era aquele problema todo e, graças a Deus, hoje eu sou uma pessoa tranquila (U5).

Em estudo realizado por Santos *et al.* (2009) com o objetivo de descrever as expectativas

de diabéticos antes de sua inserção em um programa multiprofissional de educação em diabetes e identificar os ganhos ou benefícios percebidos após sua implementação, observam-se relatos de melhoras clínicas na saúde dos participantes, com destaque para o alcance de melhor qualidade de vida. Outro estudo descritivo, exploratório e qualitativo realizado por Torres *et al.* (2011) com usuários participantes de um programa educativo em diabetes, cuja finalidade foi a de analisar conhecimentos, atitudes e práticas do autocuidado nesses indivíduos, demonstrou melhora clínica após a participação em grupos educacionais.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde reconheçam os usuários como sujeitos atuantes na sua própria saúde e capazes de mudar sua história, pois, quando o indivíduo compreende sua realidade, pode levantar soluções para transformá-la (FREIRE, 2007). Para Torres *et al.* (2011), as intervenções educativas estimulam o indivíduo a refletir sobre o adoecimento e optar por um caminho terapêutico adaptado ao seu cotidiano, considerando riscos e benefícios: “Agora eu faço caminhada, tirei um pouco das coisas que eu comia e que me faziam mal” (U6).

Optar por um caminho mais saudável implica adotar hábitos relacionados à atividade física e à alimentação; assim, enfrentam-se situações adversas até estabelecer-se uma melhor qualidade de vida. O objetivo da educação é incitar os usuários a optar por posturas mais benéficas, favorecendo a capacidade de cuidar de si (BRASIL, 2007): “[...] cada um tem que cuidar de si. Eu não posso julgar no outro o que é bom e o que é ruim. Então, dou um jeito de me cuidar” (U11). “A gente sabe que tem a obrigação de se cuidar [...]” (U1).

Uma investigação qualitativa realizada por Ribeiro *et al.* (2011) com mulheres portadoras de HAS cadastradas em uma unidade de Saúde da Família de Porto Firme-MG, com o objetivo de conhecer e analisar suas representações sociais sobre a doença demonstrou que as experiências com grupos

educativos estimularam a adoção de mudanças alimentares, além de promover a autoestima e autocuidado das usuárias. No entendimento de Mendes (2012), uma das tarefas de alta densidade cognitiva de competência das equipes da ESF é enfatizar o papel central dos usuários portadores de problemas crônicos no gerenciamento de sua própria saúde, com um enfoque na cooperação entre profissionais e usuários:

Muda, porque mostra o cuidado que a gente tem de não se descuidar da saúde. Não se esquecer de tomar os medicamentos, isso muda. Quando eu passei a ir a esse grupo, uma vez, por conta própria, eu parei de tomar os remédios: achava que a minha pressão estava boa. Fui orientado para não fazer isso, minha pressão subiu muito. Por isso que muda; não pode descuidar, estar sempre alerta (U8).

Evidencia-se que, para os usuários optarem por escolhas terapêuticas, às vezes, é necessário um processo interativo entre teoria e experiências de vida, além da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde (ALVES; AERTS, 2011). Essa parceria é necessária ao enfrentamento das condições crônicas, pois, muitas vezes, o adoecimento modifica a rotina das pessoas, seja pelos sentimentos negativos a ele relacionados ou pelas modificações de hábitos e atividades de cuidado com a saúde que ganham grau de necessidade após o diagnóstico (MENDES, 2012). Dessa forma, um aspecto vivenciado pelos portadores de doenças crônicas, que impacta na vida e no autocuidado, é o medo, devido ao reconhecimento das complicações advindas das patologias: “Eu tenho muito medo dessas complicações; eu cuido porque eu tenho medo da doença, porque é a doença que leva a gente à morte. Então, eu cuido muito de mim” (U4).

Na narrativa, observam-se experiências do convívio com a patologia, como os sentimentos de medo e preocupação. Segundo Gazzinelli *et al.* (2005), a doença é vivenciada cognitivamente e afetivamente. Nesse sentido,

a educação em saúde deve explorar a forma como ela é vista culturalmente, levando os usuários a se libertarem da condição de vítimas do adoecimento. Nos estudos de Torres *et al.* (2011) e Ribeiro *et al.* (2011) também são relatados sentimentos relacionados ao adoecimento que interferem positivamente ou negativamente no autocuidado.

As abordagens pedagógicas vivenciadas na educação em saúde

Para construir uma comunicação significativa com os educandos, utilizam-se técnicas integrantes da proposta pedagógica e vinculadas a um objetivo educativo (BRASIL, 2007; FREIRE, 2007). Estas são percebidas pelos educandos: “[...]faz aquelas dinâmicas, é muito interessante, divertido até. Eu gosto muito das reuniões (U1). Faz uma brincadeira, mostra como é que lava os pés. Tem muita coisa boa e brincadeiras, né?” (U10).

Conforme Brasil (2007), as dinâmicas e brincadeiras representam técnicas afetivo-participativas na educação em saúde. Trata-se de ferramentas que compõem o método educativo e devem ser condizentes com a proposta pedagógica, não devendo ser utilizadas somente para divertir e alegrar, pois têm por objetivo reproduzir reflexões acerca do cotidiano, bem como a construção de novas práticas e conhecimentos:

Tem vezes que eles colocam uma lojinha, sabe? E colocam as coisas que pode e não pode, e colocam o povo pra comprar, e a gente vai pegando as coisas. Tem gente, nossa, que pega tanta coisa que não pode, que eles gostam. Então, é interessante e a gente brinca muito lá dentro. É muito bom. (U1)

O estudo de Ribeiro *et al.* (2011) apresentou relatos de adesão a mudanças alimentares de mulheres hipertensas após vivenciarem grupos de orientação nutricional pautados em metodologias dinâmicas e interativas. Segundo Brasil (2007), essas abordagens educativas permitem que o conhecimento seja

coletivizado, possibilitando aos membros expor suas experiências pessoais, que se cruzam e permitem uma reflexão comum. Junto à utilização de técnicas afetivo-participativas, nota-se o emprego dos recursos audiovisuais na educação: “*Teve uma vez que eles passaram uns vídeos, explicando tudo pra gente [...] (U1).*”

Silva, Dias e Rodrigues (2009), em estudo realizado na ESF de Sobral-CE, com o objetivo de analisar a práxis educativa de enfermeiros, identificaram o uso habitual de recursos audiovisuais nas atividades educativas. Essa estratégia é importante, desde que seja acessória, para estimular os vários sentidos dos educandos e promover o diálogo necessário para o aprendizado significativo. Outros discursos retratam a educação dialógica: “*Eu gosto muito desse grupo, porque ele é muito educativo e eu aprendi muita coisa. Inclusive, tinha muita dúvida, eu tinha vontade de ser esclarecida e não tinha oportunidade (U1).* “[...] há oportunidade pra gente falar nos grupos” (U8).

Pelos discursos, os saberes apreendidos provêm do modelo dialógico, possibilidade metodológica que vem sendo integrada no campo da saúde comunitária para propiciar o envolvimento reflexivo e autônomo dos indivíduos (FERNANDES; BACKES, 2010). Segundo Freire (2011), o diálogo é existencial, uma necessidade que gera oportunidade para o refletir e o agir dos sujeitos, que são transformados e humanizados. Essa busca pelo diálogo é evidente: “*Pergunto muito, sou muito perguntadora, gosto de perguntar, participar muito. Tiro as dúvidas, são todas tiradas lá (U1).* “*Eu gosto de ouvir, mas quando tem algo pra falar, a gente fala (U8).*”

Percebe-se que ocorre escuta e fala dos atores no desenrolar da educação, estabelecendo-se relações importantes para que as concepções e os saberes diferentes possam se encontrar (BRASIL, 2007). Por outro lado, observa-se que parte dos usuários ainda não

se habituou ao diálogo mais profundo e à possibilidade de ensinar durante as atividades educativas:

Que tem uma mulher que ela gosta de fazer perguntas. Enquanto os outros estão conversando ela entra na frente e ali é uma graça pra nós, de ver ela entrar na frente dos acadêmicos pra falar as coisas. Ela conversa com coisa que é ela que está ensinando, aí a gente [...] ri, e abaixa a cabeça. Para nós é uma graça quando ela vai (U5).

Para Freire (2011; 2007), um fazer educativo dialógico requer que o educador reconheça que não detém todo o saber e, ao mesmo tempo, o educando percebe que também pode contribuir para a construção do conhecimento. É preciso vencer as posições fixas e invariáveis, pois essa rigidez, também sob a visão do educando, nega o processo educativo como uma busca. Entretanto, ainda de acordo com Freire (2007), ao mesmo tempo em que é preciso reconhecer o papel do educando no processo de aprendizagem é necessário respeitar seu posicionamento, mesmo quando não quer participar, dialogar e se expor:

[...] e eles perguntam o que passa na vida sentimental da gente [...]. Nessas reuniões, eu não gosto de falar, sempre fico caladinha no meu cantinho. [...] eu não gosto de participar, participo, mas não gosto de falar assim dos meus problemas não (U8).

No outro extremo, está a postura antidialógica, excessivamente prescritiva do profissional, especialmente nas atividades clínicas em consultório, como demonstrou o estudo de Ribeiro *et al.* (2011). Nesse sentido, de acordo com Vasconcelos, Grilo e Soares (2009), a educação em saúde ajuda a superar essa dificuldade, pois, muitas vezes, complementa os fazeres da abordagem clínica e propicia uma programação, de modo a formar um conjunto de cuidados oferecido ao usuário:

Aí, ela explicou coisas que o meu médico endocrinologista nunca tinha me falado [...] acontece que nas consultas o tempo é corrido e eles não têm tempo de explicar tudinho assim o que é e tal, eles falam muito, mas não é assim a fundo. E, nas reuniões, é uma hora de reunião [...], as pessoas perguntam muito, tem muita pergunta, então, eles explicam muito. (U1)

No entanto, observa-se, convivendo com o fazer dialógico pautado na participação das pessoas, também, uma prática pedagógica transmissiva: *“Toda vez que a gente vai lá, eles explicam, explicam e no outro mês tornam a ir e explicam a mesma coisa; aí, a gente vai só assistindo” (U7).*

A concepção pedagógica transmissiva pressupõe que o educador, detentor do conhecimento, ensina a alguém que nada sabe. Trata-se de uma prática com funções de aconselhar e corrigir, por meio da qual o educador enfatiza a aprendizagem pela repetição e, normalmente, não se preocupa com a realidade social nem com valores e culturas do educando. Segundo essa pedagogia, espera-se que o usuário mude seu comportamento em função daquilo que lhe foi ensinado (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Conforme explica Freire (2011), essa abordagem pedagógica se torna um ato de depositar e transmitir ideias, reconhecendo os educandos como seres vazios que devem ser preenchidos com os conhecimentos advindos dos educadores, o que caracteriza a chamada concepção bancária da educação. Além da prática transmissiva, em alguns discursos, os usuários demonstram estímulos para o comparecimento nos grupos educativos: *“[...] olha a pressão, a receita, pra depois a gente consultar. E a gente marca a consulta, mede a glicose, mede a pressão, tudo isso acontece” (U1). “Depois elas medem a pressão, fazem exame bucal, muito bom, né!?” (U4).*

Conforme Bordenave e Pereira (2010), a abordagem apresentada refere-se à pedagogia

do condicionamento, baseada em modelos de conduta que se valem da utilização eficiente de estímulos e recompensas, o que traz como consequência uma participação descaracterizada de seu objetivo principal, que é aprender. Segundo Vasconcelos, Grilo e Soares (2009), é muito comum os serviços de saúde condicionarem a troca de uma receita de medicamentos pela presença do usuário hipertenso nas reuniões educativas. Em estudo qualitativo realizado por Oliveira *et al.* (2011) com o objetivo de avaliar o significado de grupos educativos sobre hipertensão para seus participantes em uma unidade de Saúde da Família de Juiz de Fora-MG, boa parte dos sujeitos informou ter participado dos grupos com a finalidade de receber medicamentos e agendar consultas médicas.

Considerações finais

Evidenciou-se que a educação em saúde, segundo os usuários, é voltada para aspectos de qualidade de vida, promoção de hábitos saudáveis e, ao mesmo tempo, exposições de cuidados específicos e normatizados para determinadas patologias. Constatou-se

a troca de experiências entre os usuários, demonstrando que eles não estão sozinhos no enfrentamento do adoecimento crônico. Também, é perceptível que a educação promove mudanças de estilo de vida, possível pela reflexão acerca da doença e busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si.

Na análise crítica dos discursos, observam-se técnicas pedagógicas nos grupos de educação em saúde, a exemplo das afetivo-participativas, recursos audiovisuais e diálogo como formas de estimular a participação do usuário. Apesar de a literatura defender a importância de um modelo horizontal e crítico, nota-se o desenvolvimento de abordagens tradicionalistas na educação, como a transmissão e o condicionamento. Portanto, revelou-se um cenário plural condizente com resultados de estudos realizados em outras realidades e com outros atores. Este trabalho permitiu conhecer melhor a realidade local da educação em saúde sob a ótica dos usuários e pôde apresentar um panorama sobre o tema, cumprindo os objetivos propostos. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre o tema que tenham o usuário como sujeito. ■

Referências

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado de saúde pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, jul./set. 2005.

- BORDENAVE, J.D.E.; PEREIRA, A.M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular em saúde*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.
- CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 1547-1554, 2011.
- CISNEROS, L.L.; GONÇALVES, L.A. O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n. supl. 1, p. 1505-1514, 2011.
- FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
- GAZZINELLI, M.F. *et al.* Educação em saúde: conceitos, representações sociais e experiências de doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.
- MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OLIVEIRA, E.A.F. *et al.* Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Revista APS, Juiz de Fora*, v. 14, n. 3, p.319-326, jul./set. 2011.
- PINAFO, E. *et al.* Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p 201-221, jul./out. 2011.
- RIBEIRO, A.G. *et al.* Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p. 87-112, 2011.
- SANTOS, M A. *et al.* Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 57-63, jan./mar. 2009.
- SILVA, C.P.; DIAS, M.S.A.; RODRIGUES, A.B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1453-1462, set./out. 2009.
- TORRES, H.C. *et al.* Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 514-519, 2011.
- VASCONCELOS, M.; GRILO, M.J.C.; SOARES, S.M. *Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

Recebido para publicação em junho de 2013

Versão final em maio de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde

Why do patients not adhere to treatment? Methods for health education

Silier Andrade Cardoso Borges¹, Priscilla Nunes Porto²

RESUMO: Este trabalho é um ensaio teórico que objetiva desenvolver uma reflexão sistemática sobre a adesão ao tratamento por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Problematisa-se o conceito de adesão com base na historicidade do SUS como legitimador das ações relativas à autonomia dos usuários. Articulam-se o Método Paulo Freire, a Clínica Ampliada e a Entrevista Motivacional como dispositivos metodológicos que ressaltam o papel do profissional na educação em saúde em direção à mudança e ao autocuidado. O problema da adesão questiona a equipe sobre o seu papel no contexto educativo, que exige escuta das demandas que se interpõem à práxis cotidiana.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Cooperação do paciente; Metodologia; Entrevista motivacional.

ABSTRACT: *This work is a theoretical essay aiming to develop a systematic reflection on the adherence to treatment by the Unified Health System (SUS) users. It discusses the concept of adherence grounded on the historicity of the SUS as legitimizer of actions related to the users' autonomy. Paulo Freire's Method, the Broadened Clinic and the Motivational Interview are articulated as methodological devices that emphasize the role of health education professionals towards change and self-care. The problem of adhesion questions the working team about its role in the educational context, which requires listening to the demands that are interposed to the everyday praxis.*

KEYWORDS: *Health education; Patient compliance; Methodology; Motivational interviewing.*

¹Graduando em Psicologia pela Universidade Salvador (UNIFACS) - Salvador (BA), Brasil. silier@outlook.com

²Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. priscillaporto@outlook.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe em uma rede de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, garantida através do acesso universal e igualitário de suas ações. Dotado de historicidade, o SUS não foi implantado via imposição vertical ou decreto. Enquanto desdobramento do movimento político brasileiro que objetivou estabelecer a participação democrática da população, foi gestado no interior da sociedade civil, com ampla influência de militantes políticos e profissionais de saúde (PAIM, 2009).

Nesse contexto, insere-se a Clínica Ampliada, conjunto de diretrizes políticas no contexto de reformas pela humanização da gestão e do cuidado à saúde, apresentadas na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH ressalta que, mesmo hoje, o SUS ainda enfrenta desafios à sua plena efetivação, dentre eles: fragmentação do processo de trabalho entre diferentes profissionais; sistema público verticalizado e burocratizado; despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; precarização da gestão participativa e fragilidade do controle social; formação profissional distanciada da atuação política; modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2008; 2009; 2010).

Frente aos entraves identificados pela PNH, a humanização em saúde se apresenta não como programa, mas como política transversal na rede SUS. Nessa perspectiva, enfatiza-se a necessidade de destacar o aspecto subjetivo presente na atenção em saúde, ressaltando-se o papel de uma atuação dialogada e amparada no estabelecimento de vínculos solidários e sócio-afetivos e no fomento ao protagonismo social dos usuários das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Desde a formulação e consolidação do SUS, inúmeras foram as demandas que emergiram no contexto do cuidado em saúde. Subjacente aos entraves ressaltados na PNH, encontra-se o fenômeno da adesão ao tratamento e à assistência dos usuários dos serviços de saúde.

Evidentemente, há algo que escapa à compreensão das equipes multiprofissionais, tendo-se em vista a eventual ocorrência da não adesão dos seus pacientes. Assim, paira nas equipes o sentimento de impotência frente à recorrente pergunta: “por que os pacientes não aderem ao tratamento?”.

Nesse contexto, as estratégias de educação em saúde se apresentam como saídas viáveis, estratégias comprometidas com a solidariedade, ancoradas na promoção do homem e na melhoria da qualidade de vida. Como área do conhecimento, a educação em saúde tangencia disciplinas como psicologia, sociologia, antropologia e filosofia, evidenciando-se como campo multifacetado onde convergem diferentes concepções filosóficas sobre o homem e a sociedade. Entretanto, verifica-se que na prática predominam paradigmas de educação em saúde que reforçam ações reducionistas, verticais e distanciadas de valores como equidade e participação popular (MACHADO ET AL., 2007).

Nesse sentido, objetiva-se desenvolver uma reflexão no entorno de algumas questões que se configuraram como desafios à atuação de gestores e profissionais do SUS, mais especificamente à adesão dos usuários dos serviços de saúde ao tratamento. Este trabalho constitui-se como ensaio teórico, produção textual que busca a compreensão de uma realidade fenomênica ou de um objeto através de uma área do conhecimento.

A adesão como problemática social

Esta discussão implica resgatar o conceito de adesão. Embora muitos profissionais relacionem adesão ao seguimento estrito da prescrição de medicamentos, a definição de adesão aos tratamentos crônicos ressalta outras dimensões, como o grau de comprometimento de uma pessoa, representado pela adoção da dieta e da orientação dos profissionais de saúde, bem como da mudança nos estilos de

vida individuais. A adesão visa à melhora da saúde via redução dos sinais e sintomas da doença. A adesão distingue-se do *compliance*, compreendido como obediência participativa do paciente à prescrição médica. No contexto atual, o paciente tende a ser visto meramente como objeto da intervenção terapêutica tecnicista (LUZ, 2012). Mais do que simples concordância do paciente frente ao tratamento estipulado pelo profissional de saúde, o conceito de adesão implica postura ativa frente ao autocuidado (GUSMÃO; MION, 2006).

Dotado de diferentes níveis, a adesão varia do nível mais elevado ao menos elevado. No primeiro localizam-se os aderentes, pacientes que seguem totalmente o tratamento e, no segundo, os desistentes, que os abandonam. Os persistentes compõem uma modalidade de não aderentes que comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento (GUSMÃO; MION, 2006).

A baixa adesão ao tratamento comumente se refere às doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, dentre outras. Compreende-se as doenças crônicas não transmissíveis como grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizada por fatores de riscos múltiplos e complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, longo período de latência, curso assintomático, manifestações clínicas que oscilam entre períodos de remissão e exacerbação, evoluindo para a incapacidade (REINERS ET AL., 2008).

A rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS é regulada pela Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado em todos os componentes da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014). Ademais, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis prevê diretrizes para redefinição dos instrumentos

operacionais para o enfrentamento das DCNT entre 2012-2022. Dentre seus princípios, destacam-se humanização da atenção, respeito às diversidades culturais, participação e controle social dos usuários sobre os serviços, evidenciando-se a dimensão da autonomia como estratégia promotora de autocuidado. Ambas as políticas pautam-se na constatação de que as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, observando-se que correspondem a 72% das causas de morte relacionadas a fatores de risco no Brasil, como baixos níveis de atividade física no lazer, consumo de alimentos com elevado teor de gordura e baixa adesão aos tratamentos de saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, Reiners *et al.* (2008) realizaram uma análise crítica da bibliografia latino-americana, identificando publicações das áreas de saúde pública, enfermagem, medicina clínica, farmácia e nutrição sobre adesão e não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Os resultados revelam a realização de estudos que superem a dimensão epidemiológica do fenômeno. Ademais, os dados indicam que a perspectiva predominante das intervenções profissionais e das pesquisas sobre adesão e não adesão não contempla a subjetividade dos pacientes, suas necessidades e dificuldades, enfatizando, exclusivamente, a precisão com que o paciente segue as recomendações médicas. Essa representação contribui para a compreensão do paciente como submisso aos desígnios dos profissionais de saúde, vigilante biopolítico que esquadrinha as formas com que os pacientes lidam com o próprio corpo. A mesma representação que exclui e marginaliza comportamentos legítimos que diferem de suas prescrições.

Compreende-se que as ações e serviços de saúde devem contemplar a autonomia e a corresponsabilização dos usuários. Afinal, a construção do sistema de saúde público demandou a participação ativa de segmentos sociais diversos marginalizados do processo decisório das instâncias políticas. Se o SUS é resultado da conjuntura histórica tecida

entre diversos segmentos, dentre os quais se incluem os trabalhadores de saúde e usuários dos serviços públicos, é de se supor que o distanciamento entre os espaços de gestão, assistência e participação popular tenha contribuído para o baixo envolvimento dos atores na produção de saúde que, como se sabe, é produto eminentemente social.

Educação popular em saúde

A prática educativa amparada no Método Paulo Freire se apresenta como dispositivo promotor do empoderamento dos usuários dos serviços de saúde. Compreender as atividades educativas desempenhadas pela equipe multiprofissional exige o entendimento do exercício de uma pedagogia calcada no real, responsável por revelar as contradições sociais e envolvida no combate às formas usuais de opressão. Assim, a perspectiva de Paulo Freire se interpõe como saída viável ao estabelecimento de estratégias e atitudes exigidas pelos profissionais de saúde quando se tornam também educadores.

A educação em saúde consiste em um processo sistemático, contínuo e permanente de formação e desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados, por meio da efetiva participação do controle social. Sabe-se que a educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal, proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007A).

Segundo as diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde, a educação em saúde é constituída por um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, técnicas, políticas e científicas que, no âmbito

das práticas de atenção à saúde, devem ser vivenciadas e compartilhadas pelos trabalhadores, setores organizados da população e usuários dos serviços de saúde. É uma prática social compromissada com a formação da consciência crítica das pessoas sobre os problemas de saúde, implicando na busca de ações individuais e coletivas; o compromisso com a transformação da realidade dada; e o reforço da ação comunitária, em respeito ao universo cultural das pessoas (BRASIL, 2007B).

A interseção da educação em saúde com a educação popular possibilita compreender que sua práxis não se confunde com educação informal. Afinal, existem propostas educativas diversas que ocorrem no exterior das instituições, mas que ainda recorrem aos métodos verticais na relação entre educador e educando. A educação popular não objetiva produzir sujeitos subalternos e polidos. No contexto da educação em saúde, a educação popular se apresenta como alternativa para uma atuação política transformadora, eximindo-se da reprodução conteudista ou da transmissão linear de conhecimentos de tradição autoritária. A educação popular em saúde reconhece o saber dos usuários sobre o próprio corpo, legitimando narrativas associadas à conscientização dos determinantes sociais da saúde (FERNANDES; BACKES, 2010; MIRANDA; BARROSO, 2004).

A educação apresenta duas diferentes concepções políticas: a concepção bancária e a libertadora. A concepção bancária de educação atende aos interesses elitistas das classes opressoras e mantém a distinção binária entre educador, quem educa, quem sabe e pensa, em contraposição ao educando, que é educado e pensado, que escuta e se acomoda na condição de objeto da educação. Já a concepção libertadora de educação se fundamenta na superação dessa contradição, reduzindo os abismos através da dialética educador-educando e educando-educador (FEITOSA, 1999). Essa superação implica a participação ativa de ambas as partes, e não apenas do educador. Estabelece-se no entendimento dos sujeitos como seres históricos,

dotados de uma cultura de onde deve partir o processo formativo (FREIRE, 1987).

Dentre os princípios da educação popular, destacam-se: a compreensão de que não existe docência sem discência, envolvendo a aceitação do risco e a crítica dos fazeres; o reconhecimento de que ensinar é uma especificidade humana, o que envolve a competência profissional, o saber escutar, legitimando a verdade e a demanda que os educandos trazem de sua historicidade; e o entendimento de que toda educação é de natureza ideológica, não havendo saber politicamente neutro ou isento (FREIRE, 2011; MITRE ET AL., 2008; FEITOSA, 1999).

Ressaltando-se que a educação em saúde é também uma forma de conceder assistência e cuidado aos usuários, é de se pressupor o compromisso que assume o profissional de saúde com a natureza singular dessa modalidade de atuação. Logo, torna-se relevante considerar atividades educativas em saúde a partir da proposta pedagógica de Paulo Freire (BRASIL, 2007A; PEREIRA, 2003).

Nesse sentido, passa-se da assistência individual do modelo clínico para a assistência educativa pautada em práticas alinhadas à pedagogia libertadora na educação em saúde. Tais atividades não devem ocorrer verticalmente, no sentido de propor que o profissional de saúde, suposto detentor de um saber legitimado, eduque o usuário do serviço, que deveria assistir e ser informado. Em verdade, trata-se da construção do saber coletivo, onde as ações de educação em saúde se iniciem sempre a partir dos saberes prévios trazidos pelos próprios usuários, em respeito à sua dimensão cultural. Uma concepção emancipatória da educação em saúde exigirá que o conhecimento produzido no contato com o usuário o afete, no sentido de mobilizá-lo à mudança de suas práticas. Para afetá-lo, é preciso que o saber do senso comum não seja marginalizado pela ideologia dominante do profissional-educador (BRASIL, 2007A).

Se os usuários dos serviços expressam sua satisfação ou insatisfação perante os serviços assistenciais, cabe ao profissional-educador

em saúde a escuta atenta dessas expressões, compreendendo-as enquanto exigências da coletividade. A partir dessa escuta, estabelecer-se-á a temática das atividades a serem desempenhadas no transcurso educativo e serão definidos os parâmetros metodológicos da ação pedagógica.

A educação popular em saúde prima pelas diferentes representações da doença e do cuidado mantidas pelos pacientes, problematizando as consequências individuais advindas do engajar-se ou não no tratamento, sem recair no julgamento moralizante e no discurso utópico. Dessa forma, o profissional-educador em saúde evita estereótipos das diferentes formas do cuidado de si e do binarismo adesão/não-adesão. Assim, o educador compromete-se com o ato educativo como alguém também disposto a aprender, convicto de que a mudança é possível; sem a esperança nos usuários e em suas potencialidades não há educação transformadora, impossibilitando os espaços de diálogo entre educador-educando e educando-educador.

O profissional-educador em saúde implicado em educação popular se apresenta ao usuário através da escuta atenta às demandas biopsicossociais relacionadas às doenças e agravos, com a finalidade da preservação da saúde dos indivíduos, estabelecendo com eles possíveis estratégias de resolutividade, acompanhamento e compreensão do que acontece com o corpo e com a vida do usuário, irreduzível ao corpo biológico (BRASIL, 2007A).

Na atuação do profissional-educador em saúde, o usuário é protagonista de sua própria vida. Dotado de capacidades cognitivas plenas, o usuário deixa de ser 'paciente' para evidenciar-se pelo empoderamento na relação consigo e com a equipe multiprofissional, que passa a compreendê-lo como sujeito de direitos. Nessa perspectiva, propiciam-se melhores chances de reintegração e recuperação, dada a multiplicidade de caminhos para se lidar com o corpo.

Nos caminhos estabelecidos por uma educação popular em saúde, cabe ao

profissional-educador atuar em atividades pedagógicas politicamente comprometidas, de forma a ressaltar as dimensões da liberdade individual frente ao tratamento proposto e às consequências advindas de aceitá-lo ou rejeitá-lo (FREIRE, 2011). Assim, cabe a ambos, profissional e usuário, o reconhecimento do compromisso mútuo envolvido na afirmação ética das diferentes formas de cuidar de si.

Clínica Ampliada e humanização na educação em saúde

A Clínica Ampliada se insere no contexto de reformas pela humanização da gestão e do cuidado à saúde. Considerando-se a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, subverte-se a noção de saúde como ausência de doença, adentrando os espaços individuais e coletivos comprometidos com a promoção, proteção, tratamento e recuperação à saúde.

Sabe-se a que a atuação dos trabalhadores-educadores em saúde tem como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva; a qualidade de vida (aspecto biológico) do andar na vida (aspecto subjetivo); não perder o conceito de atenção integral à saúde; e realizar o trabalho educativo junto à população (MACHADO ET AL., 2007).

Nessa perspectiva, a Clínica Ampliada apresenta uma proposta biopsicossocial para atuações interdisciplinares como a educação em saúde, norteadas pela suspensão de modelos de atuação estanques. Assim, a Clínica Ampliada oferece as diretrizes que possibilitam objetivar na práxis educativa elementos que compõem o Método Paulo Freire no cuidado às pessoas que não aderem ao tratamento à saúde. Ademais, a matéria prima da educação popular, que é o respeito ao saber anterior do educando, adquire concretude quando se realiza a crítica da clínica reducionista (BRASIL, 2007A).

A proposta da Clínica Ampliada é norteadas por cinco eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada das terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios de trabalho e suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A compreensão ampliada do processo saúde-doença ressalta a natureza parcialmente arbitrária dos recortes teóricos e busca construir sínteses singulares de diferentes aspectos da realidade - orgânico, psíquico, econômico, cultural, étnico, afetivo etc. -, em respeito às relações diversas mantidas entre o indivíduo e o seu entorno. Já a construção compartilhada das terapêuticas, exige compartilhamento com a equipe de saúde e com os usuários dos diagnósticos das demandas e das propostas de solução, tendo-se em vista a complexidade do exercício clínico.

Para se alcançar a ampliação do objeto de trabalho, estima-se a responsabilização mútua pela atenção e pelo cuidado dos usuários dos serviços de saúde, de forma que pessoas se responsabilizem por pessoas e não por partes delas, seja por 'diagnóstico', 'procedimento', ou, pior, por 'partes de órgãos'.

Para transformação dos meios de trabalho, preconiza-se a fluidez dos dispositivos de atenção, bem como as especificidades dos projetos terapêuticos, enfatizando-se a escuta do outro e a escuta de si, propondo a expressão de subjetividades.

O suporte para os profissionais de saúde estabelece a compreensão de sujeitos íntegros, dotados de direitos e deveres sobre o próprio corpo. Igualmente, esse eixo estabelece a crítica da não implicação do profissional no fazer clínico. Dessa forma, se uma clínica reducionista conduz à negação da pessoa e do coletivo em sofrimento, a Clínica Ampliada oferece suporte para que os profissionais de saúde lidem com suas próprias emoções e dificuldades durante a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, afastando-se do ideal de neutralidade característico da clínica tradicional (BRASIL, 2009).

A Entrevista Motivacional no contexto da educação em saúde

A Entrevista Motivacional (EM) é um método de assistência diretiva e centrada no cliente que objetiva estabelecer a motivação interna para mudança de comportamento mediante a resolução e exploração da ambivalência apresentada pelo cliente. A EM possui reconhecida influência da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Psicologia Social, mas é possível afirmar que a EM também se aproxima conceitualmente do Método Paulo Freire, ao considerar a responsabilização do usuário, que se sente caminhar ao lado do profissional de saúde em direção à mudança, ao invés de seguir apenas orientações (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

A EM consiste em uma intervenção simples e de baixo custo que objetiva auxiliar indivíduos no processo de mudança comportamental, baseada em princípios do entendimento dos conflitos, das reações emocionais associadas, estabelecimento de padrões de pensamento e alternativas para implementação de soluções (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005). Considerando-se a eficácia da EM, comumente aplicável ao contexto da assistência às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, deve-se considerar, dada a amplitude conceitual da EM, a pertinência da utilização dessa técnica na atenção aos usuários com baixa aderência ao tratamento.

O número de sessões pode ser variável na EM, embora seja usualmente realizada em sessão única, o que a torna passível de implementação como técnica subjacente às atividades de educação em saúde. A postura do profissional-educador em saúde pautada na EM deve conservar os princípios da técnica. Dentre tais princípios, ressalta-se que a postura do profissional seja persuasiva e não coercitiva e menos argumentativa do que compreensiva, no sentido de propor uma relação terapêutica dotada de atmosfera favorável à

mudança. A não adesão não é compreendida como resistência do paciente, mas como comportamento a ser refletido criticamente pelos envolvidos. Dessa forma, as metas do tratamento não são impostas pelo profissional, mas negociadas entre equipe e usuário (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005; PAYÁ; FIGLIE, 2004).

A EM vale-se de estratégias diversas, como a balança decisória, a escala de disposição, afirmações automotivacionais, treino do relato verbal e automonitoramento, com o objetivo de aumentar a auto-eficácia e diminuir a ambivalência frente à não adesão (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005; PAYÁ; FIGLIE, 2004). A ambivalência é um conflito existente entre duas opções possíveis, essência do problema de muitos comportamentos. Não consiste em traço de personalidade, mas em fenômeno humano decorrente da interação entre paciente e uma situação aguda imediata, com aspectos interpessoais e intrapessoais. Evidentemente, o objetivo da EM é estabelecer as condições para emergência da motivação, entendida como a probabilidade de que uma pessoa inicie, permaneça e prossiga em um processo de mudança específico.

A abordagem do profissional de saúde orientado pela EM deve-se pautar na evitação de armadilhas que possam prejudicar a relação com os usuários do serviço. Dentre elas, ressaltam-se: 1) um diálogo excessivo de perguntas e respostas, no lugar da escuta reflexiva; 2) a armadilha em confrontar o usuário com o dado da realidade, resultando em resistência e indisposição à mudança; 3) a armadilha do saber especialista, onde o Educador em Saúde se apresenta como detentor de todas as respostas, conduzindo o usuário à passividade e à impossibilidade de resolução da ambivalência; 4) culpabilização do usuário pela sua própria condição de saúde; 5) rotulação do problema, resultante da excessiva preocupação com o diagnóstico nosológico, em detrimento das representações do usuário frente à própria saúde; 6) e a armadilha do foco prematuro, resultado de uma atenção do profissional

que ocorre antes que o usuário estabeleça a resolução de outras questões prioritárias também relacionadas à doença ou transtorno (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Nesse sentido, o educador em saúde deve expressar empatia pelos usuários por meio da escuta reflexiva e sensível às demandas grupais. Em lugar da argumentação, o educador em saúde conduz o grupo educativo no sentido de incitá-lo a apresentar, por ele mesmo, argumentos para a mudança. Para tal, evita-se rotular o usuário pela patologia, mas conscientizá-lo das consequências de cada decisão sobre a qualidade de vida. O caminho indicado para superação da ambivalência é utilizar-se da dissonância cognitiva, isto é, realizar discussões e atividades que possibilitem aumentar a discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes para o próprio usuário (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Assim, evitando-se as armadilhas da atuação do profissional alicerçado na EM, especificamente no contexto da educação em

saúde, estabelecem-se as condições para a consolidação de uma educação popular, distanciada da fragmentação da vida social e em benefício da recomposição da integralidade nas práticas de saúde.

Considerações finais

A problemática da adesão ao tratamento convoca os gestores e profissionais do SUS a refletir criticamente sobre a postura, o papel e a atuação da equipe multiprofissional no contexto da educação em saúde, comumente desvinculada da escuta reflexiva e das demandas culturais e psicossociais que se interpõem à práxis cotidiana. Nessa perspectiva, não se trata da adoção espontaneísta dos métodos de ensino-aprendizagem que vigoram ao sabor da moda pedagógica, mas da compreensão crítica da transversalidade inerente aos dispositivos teóricos e metodológicos reconhecidamente eficazes. ■

Referências

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 127-139, 2005.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Funasa, 2007a.

_____. _____. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*. Brasília: Gabinete do Ministro, 2014. Seção 1, p. 50-52.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GUSMÃO, J.L.; MION, D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2006.

FEITOSA, S.C.S. *Método Paulo Freire: princípios e práticas de uma concepção popular de educação*. São Paulo: FE-USP, 1999.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LUZ, M.T. *Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2012.

MACHADO, M.F.A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, Educação em Saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, jul./ago. 2004.

MITRE, S.M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

PAIM, J.S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N.B. Entrevista motivacional. In: ABREU, C.N.; GUILHARDI, H. (Org). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca, 2004.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

REINERS, A.A.O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em abril de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Reconhecimento ético-moral dos direitos emancipatórios para os cidadãos sociais da saúde coletiva

Ethical-moral recognition of emancipative rights for social citizens of collective health

Antonio Luis Vicente Arreaza¹

RESUMO: Este ensaio revisita inicialmente o pensamento democrático sobre a cidadania e seus respectivos preceitos, deveres e garantias emancipadoras com olhar no campo da saúde pública. Em seguida, atualiza a concepção sobre a saúde como direito social do cidadão, a partir de uma práxis emancipadora do saber agir coletivo. Por fim, reflete sobre o reconhecimento ético-moral dos direitos emancipatórios para os cidadãos da saúde coletiva e sujeitos sociais da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde; Saúde coletiva; Direito sanitário.

ABSTRACT: *This essay initially revisits the democratic thought on citizenship and their respective requirements, duties and emancipating guarantees focusing on public health. Then, it updates the understanding on health as social right of citizens from an emancipating praxis of collective action. Finally, it reflects on the ethical-moral recognition of emancipating rights for the collective health citizens and life social subjects.*

KEYWORDS: *Health promotion; Collective health; Health law.*

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES/SP) - São Paulo (SP), Brasil. Pesquisador Científico do Centro de Laboratório Regional de Santos do Instituto Adolfo Lutz (CLR-Santos/IAL/CCD/SES/SP) - Santos (SP), Brasil.
arreaza@ial.sp.gov.br

Direitos e cidadania

De início, é importante lembrar que se atribui a origem da cidadania à época da Grécia antiga, cuja polis era composta de homens livres com participação política numa emergente democracia, na qual cidadão era o indivíduo morador da cidade e participante ativo dos tratados e de decisões políticas da polis. Já na sociedade romana a noção de cidadania emergiu subordinada a uma divisão que se fazia entre as diferentes castas sociais, os romanos livres dividiam-se entre patrícios e plebeus, em que só os nobres possuíam tal cidadania ativa com o direito de participar dos atos políticos e de ocupar os postos relevantes da administração pública, mas as mulheres da nobreza não possuíam essa cidadania em nenhuma das hipóteses.

No período feudal, deixou-se de lado a prática da cidadania, que voltou a ser exercida aos poucos no sec. XV com a ascensão da burguesia na luta contra o feudalismo. Entretanto, só quando os burgueses e proletariados já não suportavam mais as injustiças dos monarcas e da nobreza europeia, foram que as revoluções burguesas, a partir do sec. XVII, retomaram o saber agir da cidadania, consolidando uma forma de resistência da modernidade europeia para fazer frente às ingerências da monarquia aristocrática. De partida, a revolução na Inglaterra em 1688 impôs à monarquia a perda de muito dos seus poderes absolutistas e os burgueses passaram a predominar no parlamento do país, logo, influenciadas por essa luta colônias inglesas e outras nações europeias promoveram revoluções semelhantes no século seguinte.

Já em 1789, durante a revolução francesa, surgiu a concepção de cidadania que simbolizava a igualdade de todos e repudiava monopólios de poder político, mas, ao final, o sentido do termo cidadania acabou sendo empregado para garantir apenas a superioridade de novos privilegiados, não mais os monarcas e a nobreza, mas a própria burguesia europeia. Em 1791 com a 1ª Constituição Francesa

aprovada, constatou-se que a ideia de cidadania encontrava-se desconfigurada em face dos preceitos revolucionários franceses ao resgatar o antigo conceito romano, estabelecendo que apenas o cidadão ativo tinha o direito de participar da vida política e de ocupar altos cargos públicos; ou seja, eram os burgueses que excluía o proletário vivendo de sua força de trabalho. De toda forma, foi a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão que influenciou materialmente outros povos a buscarem a liberdade, a igualdade, as garantias liberais, e o direito de propriedade para os seus indivíduos e compatriotas.

Vale dizer que o Manifesto Comunista de Marx e Engels, publicado em 1848, foi o documento político mais importante na crítica ao regime liberal burguês. A partir dele formou-se uma nova concepção de Estado e sociedade, surgindo também outras correntes político-filosóficas e sistemas normativos de direitos, como a Constituição Mexicana de 1917, que, pioneiramente, sistematizou um conjunto de direitos sociais do homem e cidadão, porém sem romper com o capitalismo da época; e no caso da Constituição Alemã de 1919, o seu texto incluía os direitos da pessoa humana, e os da vida social, econômica e religiosa, como da educação e da instituição escolar.

Contudo, só após a 2ª guerra mundial, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, instituída pelas Nações Unidas (ONU) em 1948, é que todos os indivíduos foram considerados livres e iguais em dignidade e direitos à parte de qualquer tipo de exclusão social ou cultural, reconhecendo a dignidade humana com justiça e paz, o direito de resistência à opressão da liberdade, e o ideal democrático com base no progresso econômico e sociocultural, enfatizando a concepção integrada de todos esses direitos. A partir disso, o conceito de cidadania foi sendo ampliado, passando a incorporar uma série de valores sociais que determinaram ao longo do tempo um conjunto de direitos e deveres fundamentais para os sujeitos da vida social.

Enfim, nessa esteira histórica e política, o conceito de cidadania apresenta-se hoje muito mais abrangente do que a simples tradução do direito de votar e ser votado, atualizando-se na efetiva participação dos sujeitos nos rumos da vida em sociedade e reconhecendo, inclusive, autonomias e diferenças culturais do seu povo para emancipar-se. Portanto, a cidadania plena deve e pode abarcar a promoção e a eficácia social dos direitos fundamentais da pessoa humana, tendo em vista os pilares democráticos do Estado de Direito sobre os quais a sociedade e seus sujeitos se alicerçam para que possam viver dignamente (HENRIQUES, 2011).

Dentre esses direitos fundamentais podem ser arrolados o respeito à integridade humana para ter uma vida digna e de superação individual, de não sofrer qualquer forma de violência, de não ser forçado a viver em situação degradante, e de não ser excluído protegendo os seus direitos de cidadão; a partir daí, temos, então, o direito à moradia para um abrigo, a terra para uma subsistência familiar, ao trabalho para o devir dos potenciais humanos, e de acesso a um meio ecologicamente saudável e sustentável. Além disso, temos o direito à saúde não só pela ausência de doenças, mas pelo bem-estar de todos, à educação para participar incisivamente nos assuntos de interesse comum, e o de usufruir de serviços públicos universais, igualitários, e equitativos; daí a necessidade de políticas públicas para a garantia e proteção de todos esses direitos para que as pessoas possam deles gozar em sua plenitude.

Em que pesem os deveres do cidadão, o mais importante é o de ser o próprio fomentador da garantia e efetividade de tais direitos, isto é, de ter responsabilidade mútua no cumprimento de propostas e metas elaboradas e decididas coletivamente, como integrar-se aos movimentos sociais para pressionar as diversas esferas de governo e organismos internacionais pactuados com a cidadania dos povos e seus direitos sociais. Daí, porque só existirá cidadania plena se

houver prática reivindicatória dos direitos, que deve ser precedida pelo seu reconhecimento e apropriação por parte de todos os sujeitos envolvidos como uma garantia de direitos e deveres a exercer, passando pelo dever de reconhecer e fazer valer tais direitos, pois, em vez de meros receptores os mesmos devem ser sujeitos de transformação social e daquilo que podem construir e conquistar (HENRIQUES, 2011; MANZINI, 2007).

Apesar de ser imprescindível que todos tenham acesso a bens de consumo para ter uma vida digna, não se pode prescindir dos direitos do cidadão e de suas práticas reivindicatórias, inclusive para que os sujeitos de direito possam lutar pelo acesso igualitário a bens e serviços necessários a um bom viver. Aliás, quando se fala da ascensão da camada pobre brasileira em razão de sua atual entrada no mercado de consumo, adquirindo bens antes inacessíveis ao seu poder de compra, não se atém que a significativa ascensão desta ou de outra camada social da população se dá através do exercício pleno da cidadania, que passa antes pelo reconhecimento dos seus direitos e deveres como ao acesso a uma educação de qualidade.

A luta por direitos do cidadão na conquista de uma vida social digna passa ao largo da reificação das mercadorias de consumo, como a inserção dos sujeitos à sociedade não deve ser condicionada à propriedade desses ou daqueles bens de consumo, mas à sua capacidade de interferir e participar dos rumos de suas coletividades na busca de uma melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. A cidadania deve, de fato, conhecer e promover os direitos fundamentais, envolvendo a proteção da autonomia dos sujeitos, a atenção de suas necessidades básicas, e a preservação da sociedade a qual pertencem; enfim, a cidadania plena é aquela que almeja a transformação da realidade e faz do cidadão um ativo protagonista que reconhece e reclama os seus direitos e deveres fundamentais, bem como o seu direito de viver dignamente seja no âmbito de sua subjetividade seja no contexto de sua vida em sociedade.

Ademais, a cidadania plena expressa de um lado o direito de participar de plebiscitos ou referendos, de propositura de certas ações judiciais, e de apresentar projetos de lei por meio da iniciativa popular, e, por outro lado, o dever de participar dos fóruns de consulta pública e de decisão política sobre os direitos sociais da educação e da saúde, bem como sobre as garantias fundamentais para os mais vulneráveis às fragilidades da vida social humana. Logo, o cidadão tem o direito e o dever de expressar livremente suas opiniões, valores e interesses, na medida em que a sociedade é fruto das demandas potenciais da vida coletiva e democrática, devendo ser sempre pactuadas para evitar conflitos desnecessários e assegurar aos sujeitos as mesmas possibilidades para a participação de todos, garantindo o dever do sujeito de exercer sua cidadania plena, a fim de que os direitos não se reduzam a privilégios de alguns.

Saúde e direitos sociais

Em princípio, como sugerem Nogueira e Pires (2004), os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica distante de situações cotidianas e reais de existência, obscurecendo as críticas sobre a sua não garantia e reduzindo o seu potencial emancipador de transformação da ordem societária. Faz-se necessário afastar-se de um ideário de direito social que não se realiza na concretude da vida cidadã, e que tampouco releva a autonomia e a igualdade em sua expressão plena e equitativa, para se aproximar das formas de relações sociais dos sujeitos, transitando entre os planos dos valores e da materialidade efetiva. É necessário deslocar-se de uma perspectiva formalista para alcançar o devir cotidiano, onde os interesses e olhares divergentes são traduzidos dialeticamente em consensos relativizados que devem ser objetivados na práxis concreta. A cidadania plena contém, assim, uma densidade que é afirmada

e reconhecida na concretude das relações sócio-históricas, espalhando-se para os distintos setores e áreas da vida e saúde coletiva frente aos modos de reprodução social do capitalismo tardio.

Já a despeito da saúde como direito social, pode-se abordar, por um lado, em relação à interface entre escolhas individuais e necessidades coletivas, que responsabilizam os sujeitos a submeterem-se à vacinação pública, ao tratamento ético e seguro, ao cuidado oportuno das doenças transmissíveis e notificáveis, ao destino apropriado de produtos perigosos para a saúde humana e ambiental, à proteção dos meios públicos e à busca de melhoria das condições de trabalho; e por outro, à garantia de um sistema de saúde universal e igualitário, de oferta organizada de cuidados a todos que deles necessitem, de integralidade das ações em saúde pública e de participação e controle social dos bens e serviços prestados à coletividade. Não obstante, numa perspectiva política mais progressista, o reconhecimento jurídico-social de direitos de titularidade coletiva vem ao encontro do pleno desenvolvimento do Estado Democrático de Direitos, efetivando intervenções sanitárias legitimadas pelos cidadãos para o desfrute do bem comum e de uma saúde com qualidade de vida.

No âmbito da Carta Magna de 1988, tem-se como princípios além da cidadania e dignidade da vida humana, a soberania, o pluralismo político-ideológico, e os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, e, a partir daí, construir uma sociedade mais justa e solidária, assegurando o desenvolvimento na erradicação da pobreza e reduzindo as iniquidades sociais, como promover o bem comum sem excluir gêneros, etnias, religiões, culturas e pessoas com necessidades especiais. Nela, todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, igualdade, segurança, e propriedade privada, como cabe ao Estado assegurá-los para que os cidadãos tenham

condições dignas de vida (BRASIL, 2008).

Em decorrência do direito à vida, tem-se o direito à integridade física, moral e psíquica dos cidadãos, e, ao enaltecer a dignidade humana no tocante ao valor ético-social das pessoas e famílias, a proteção de sua integridade assume a feição de direito intersubjetivo fundamental, repercutindo nos direitos de educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, seguridade social, de proteção à maternidade e à infância, à saúde mental e aos desamparados, em particular. Logo, a proteção da vida e da saúde dada por meio de políticas públicas permite o desenvolvimento de condições dignas e saudáveis de existência, visando a minimizar as situações sociais desiguais e priorizando os mais frágeis, como direitos emancipatórios do bom viver, que buscam recriar condições mais propícias de vida positiva e equitativa (BARRUFFINI, 2008).

A dignidade da vida humana, por si só, já exigiria a garantia do direito à saúde ao lado do direito à vida; a saúde é corolário do direito à vida e da dignidade humana, constituindo uma tríade que garante o exercício dos demais direitos e liberdades positivas, e que, por gozarem de uma dimensão ético-moral, espalham-se por todos os setores da sociedade sob a forma de deveres sociais e comunitários. A saúde é uma das condições essenciais da liberdade e da igualdade de todos perante a lei, e o devir do seu direito, sendo inerente ao viver humano, constitui-se em um direito subjetivo e coletivo ao mesmo tempo. Diz-se que a saúde tem uma dimensão que transcende à sua própria positividade no ordenamento jurídico por ser uma das condições relevantes para o exercício emancipador dos sujeitos da vida social, além de a Constituição ter positivado amplamente o direito à saúde (SANTOS, 2010).

Logo, a saúde é um direito fundamental da vida garantido mediante políticas públicas que visam à redução de riscos e danos, como o acesso universal e igualitário aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, sendo que o dever do Estado não exclui o das famílias, das empresas e sociedade em

geral. Dentre os determinantes da saúde estão o trabalho, renda, moradia, educação, cultura, lazer, saneamento etc., onde os níveis de saúde de uma população expressam a organização política, social e econômica de sua sociedade e País.

A saúde é pois, um estado dinâmico com os seus múltiplos determinantes sociais, políticos, econômicos, históricos e culturais, desdobrando-se em corporeidade biopsíquica e subjetiva, tendo moderada quantidade de limitações com vivências de bem-estar, e sendo tanto objeto de desejo como uma concretude da vida social. Sua questão frente ao bem estar social é pensada em termos de aquisições positivas de meios para o enfrentamento de infortúnios e privações pelos sujeitos da vida coletiva, em que a ampliação de bens destinados a promover uma boa qualidade de vida do ponto de vista biopsicossocial é uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva, tanto de promoção quanto de prevenção e assistência.

A promoção da saúde é um processo de constituição de sujeitos e comunidades saudáveis para monitorar os determinantes sociais da saúde, protegendo ou modificando os meios da vida com o objetivo de melhorar as condições de saúde e vida para que sejam mais dignas e equânimes. É uma estratégia mediadora entre sujeitos e meio social com liberdade de escolha e responsabilidade social pela saúde, como supõe uma efetiva participação da coletividade desde a sua formulação até o seu desenvolvimento (ARREAZA, 2012).

Quanto à educação em saúde, constitui-se num espaço de reflexão capaz de provocar mudanças nos sujeitos e prontidão para atuar na comunidade, intervindo na implementação de políticas públicas para a transformação dos modos de andar a vida com saúde. O exercício de uma prática educativa como práxis da realidade social revela-se em um modo de agir sobre a vida, rejeitando qualquer forma de exclusão ou dominação, como integrando uma atitude reconstrutiva para se viver melhor e cuidar bem da saúde. Isso requer a participação ativa das pessoas e

comunidades na leitura e reflexão crítica de sua realidade, como exercer a sua cidadania para se emancipar e cuidar melhor da saúde (MACHADO *ET AL.*, 2007).

Essa participação é um elemento central na gênese do saber a despeito dos sujeitos e da forma como são reconhecidos em sua práxis do viver com saúde no cotidiano social, para não se agir com indiferença face às possibilidades de uma ciência emancipadora que não se restrinja ao êxito técnico, mas abarque projetos de humanização para promover a saúde e bem-estar dos sujeitos e suas coletividades. Enfim, a reconstituição dos sujeitos refere-se ao ato de se colocar diante do outro e engendrar as possibilidades emancipatórias de ambos no seu mundo de vida compartilhado, no sentido de um encontro desejante com as circunstâncias que não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas em projetos solidários de sucesso prático abarcando dimensões éticas e estéticas para promover os modos de andar a vida com saúde e qualidade em diferentes grupos sociais e culturas (AYRES, 2001).

Aliás, a relação da saúde com as normas culturais liberais não se reduz a uma mera adaptação a tais normas, mas refere-se, sobretudo à capacidade normativa dos sujeitos em instituir novas normas em sua realidade intersubjetiva. A saúde como a expressão de novas normas instituídas pelos sujeitos envolvendo signos e significados não se reduz a um discurso privativo e hegemônico, tendo a possibilidade de normatividade por meio de suas práticas cotidianas e cidadãs. Logo, promover a saúde é realizar ações que gerem bem-estar ou evitem riscos, respeitadas as escolhas e recriações dos sujeitos, em que a relação entre a saúde e as culturas não se restringe à obediência irrestrita às normas, já que a dita capacidade normativa pode modificar os fatos sociais frente às condições de vida e saúde. A saúde relaciona-se, assim, à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida como de suas realizações no cotidiano sociocultural (COELHO; ALMEIDA-FILHO, 2003).

O processo saúde-doença depende, em parte, da dinâmica de significação da experiência do viver, pois, se o sujeito não consegue dar um sentido ao que lhe acontece, ou se lhe dá um sentido por demais conflituoso, o resultado pode ser a doença repercutindo no seu cotidiano. Sob esse prisma, a norma, em boa parte, vincula-se às capacidades e sofrimentos da vivência subjetiva; é o sujeito quem sofre e reconhece as suas dificuldades para enfrentar as demandas que o seu meio social lhe impõe. Logo, o limiar entre a saúde-doença deixa de se restringir a um único padrão, afastando-se de um modelo predefinido, e passa a se expressar de diversas formas na discricção das relações sociais (CAPONI, 2003).

Enfim, a saúde como fenômeno da existência humana implica poder desobedecer, gerar e acompanhar uma transformação, podendo significar até um desvio das normas sociais em face das expectativas dos sujeitos de uma coletividade. Já a doença, é a perda da capacidade normativa como impossibilidade momentânea de mudanças, e as experiências vivenciadas na doença podem permitir ao sujeito a instituição de novas normas, mesmo que se restrinjam à sua corporeidade biopsíquica e subjetiva.

Sujeitos e emancipação

Retoma-se agora a significância conceitual sobre as iniquidades em saúde desenvolvida por Almeida-Filho (2009), indicando que a distribuição desigual de bens numa sociedade é determinada pela estrutura socioeconômica do capitalismo com a sua concentração de poder e riquezas, uma raiz política inerente às injustiças sociais, não predominando relações solidárias e de cooperação entre grupos étnicos, culturais e gêneros em particular. Soma-se a isso o reconhecimento necessário de questões complexas de superação das alienações socioculturais advindas do consumo acrítico e não equitativo dos sujeitos, considerando os elementos simbólicos

da ética política e moral-social, expressos nos sentimentos de indignação e de luta cidadã, que, organizados coletivamente e gerando sentidos e identidades, constituem o pilar fundamental de transformação radical dos grupos sociais e comunidades para a equidade e justiça social.

A despeito das iniquidades extremas, além de serem injustas e evitáveis, são indignas e vergonhosas, pois advêm de segregação, exclusão e violação frente a diferentes subjetividades, práticas cotidianas e culturais distintas, decorrentes do impacto de estruturas sociais e de políticas iníquas geradoras de desigualdades eticamente inaceitáveis e desnecessárias. Logo, as iniquidades de saúde determinadas pelas desigualdades em renda, trabalho, educação, moradia e classe social como produto das injustiças e desrespeitos aos cidadãos da vida, nos remetem ao campo político dos conflitos e de luta em face da repartição desigual das riquezas e de bens produzidos na sociedade capitalista contemporânea. Enfim, os gradientes socialmente perversos, que, todavia, permanecem atualmente se recrudescem no plano da intersubjetividade, em diferenças biopsíquicas como em distinções socioculturais, e no plano jurídico-político, em iniquidades e desigualdades sociais em saúde.

Isso implica um saber agir de construção conceitual e de mobilização da práxis política capaz de tornar as diferenças menos desiguais, promovendo equidades entre elas para que o potencial emancipador dos gêneros, etnias, grupos e cidadãos sociais seja uma luta por reconhecimento dos direitos fundamentais frente aos determinantes das desigualdades sociais em saúde (ALMEIDA-FILHO, 2009). Aliás, a temática de determinação social da saúde potencializa um amplo sentido de luta pela saúde que envolve transformações na concepção de Estado e sociedade, como no modelo de desenvolvimento socioeconômico; em princípio, pelo dever estatal com os direitos sociais na promoção da saúde com qualidade de vida, tendo como base a coesão

cidadã e as políticas de proteção social universalizadas. Esse olhar requer pensar os rumos e possibilidades no enfretamento das imposições do capitalismo vigente como um dos alicerces no devir de consciências coletivas e ações politizadas de mobilização social na luta pelo direito à saúde (COSTA, 2009).

Nesse sentido, é necessário articular, então, a produção teórica à percepção intersubjetiva sobre a determinação social da saúde, na medida em que os sujeitos possam incorporar a sua significância conceitual no cotidiano e na práxis política das coletividades. Faz-se necessário potencializar a produção acadêmica dos saberes e práticas da saúde coletiva sobre a temática das desigualdades e iniquidades sociais em saúde, sendo desejável uma maior aproximação dessa contribuição com os movimentos de resistência pelo direito à saúde, tendo como pilar a luta por uma radicalização do Estado Democrático de Direitos, reconhecendo e emancipando eticamente os seus cidadãos da vida coletiva.

Dadas essa reflexão e o reconhecimento ético-moral dos direitos emancipatórios, consideram-se, a priori, o respeito às identidades de gêneros, etnias, religiões e formas culturais, como por suas práticas e visões de mundo em particular, relevando um tratamento equitativo para as políticas sociais frente ao pluralismo político-ideológico e multiculturalismo presentes na sociedade como um todo. Trata-se de ter clareza quanto às visões equânimes de vida e ao exercício de cidadanias integradas aos interesses e realizações da coletividade, em que os sujeitos de direito só são individualizados em suas liberdades e diferenças subjetivas por meio da coletivização em sociedade, bem como os grupos sociais só são concebidos a partir de suas identidades subjetivas e diferenças culturais em particular (HONNETH, 2003).

Eis que o devir de uma formação de identidades coletivas e individuais se dá a partir de um conjunto de práticas e valores, bem como de vínculos éticos e institucionais constituídos numa estrutura intersubjetiva

da luta por reconhecimento, que permite a autonomia responsável dos sujeitos como a conciliação entre liberdade pessoal e valores comunitários. A ideia é a de que a identidade seria formada por meio do processo de socialização em face dos horizontes morais e obrigações intersubjetivas dadas na organização sócio-histórica e institucional da sociedade numa perspectiva de projetos emancipatórios das coletividades humanas.

Vale dizer que, no âmbito do Estado Democrático de Direitos, o sistema normativo dos direitos fundamentais jamais deve se afastar das condições de vida desiguais, tampouco das formas e tradições culturais marginalizadas, pois uma política de reconhecimento ético-moral que afirme as identidades coletivas e subjetivas deve ser implantada caso se queira alçar a integralidade das garantias fundamentais que visam a assegurar aos cidadãos o bem-estar e a justiça social. Deve-se pautar num reconhecimento jurídico-social que promova uma repartição mais equitativa de direitos e deveres com o objetivo de concretizar uma práxis emancipadora para o exercício de autonomias solidárias frente a distintas posições de poder, e com base num sistema democrático que respeite igualmente as diferentes culturas, etnias, e gêneros em suas vivências do saber agir na sociedade como todo (HONNETH, 2003).

A luta por reconhecimento de cidadanias, autonomias e liberdades positivas ao se engendrar mutuamente nos espaços institucionais e meios da vida social, refere-se a uma contextualização progressiva das diferenças socioculturais nos planos do Estado Democrático de Direitos, com a participação popular progressista da sociedade em geral. Convertendo as reivindicações não resolvidas e compensações de perdas propiciadas pelo paternalismo sócio-estatal e viés individualista neoliberal em garantias de liberdades e conquistas coletivas como formas de enfrentamento político em face das discriminações e exclusão social presentes na sociedade capitalista tardia (HABERMAS, 2004).

Um Estado desigual que aprofunda as diferenças de classe e procura compensá-las somente com mínimos existenciais distante da promoção social da vida, é um Estado que não opta pelo desenvolvimento das potencialidades e emancipação da pessoa humana como um sujeito social e intersubjetivo para que seja um ator crítico de mudanças individuais e coletivas, entre elas a de sua própria saúde. As medidas compensatórias devem ser praticadas apenas como um meio imediato, enquanto se buscam outros meios e fins, como a redução das desigualdades sociais e o próprio desenvolvimento socioeconômico do País; opondo-se a isso, é mais oportuno, sob vários aspectos políticos liberais, manter a população sob assistencialismo do que educá-la a reivindicar uma seguridade social no aporte de situações que não se restrinjam a permanente miséria social que dever ser erradicada, mas de contingências do viver e do reconhecimento das necessidades reais de diferentes coletividades (SANTOS, 2010).

Todos devem se sentir responsáveis pelos destinos de sua cidade e comunidade, atuando em prol dos mais frágeis e desfavorecidos como um dever ético originado da vida, um dever moral que impõe responsabilidades mútuas de respeito à vida, à natureza, à cultura dos povos, de se sentir parte de um todo com suas diversidades e paradoxos, e construir juntos a vida comunitária face às circunstâncias geradas pelo capitalismo. Em que a solidariedade deve ser incentivada como um valor moral em benefício das coletividades, uma vez que o Estado não alcança por si só o estabelecimento de uma cultura de paz social, bem comum e saúde coletiva.

Ao se enaltecere a cidadania e a equidade, os direitos fundamentais materializam poderes políticos atribuídos às suas formações sociais, consagrando o princípio da solidariedade, um momento de expansão e reconhecimento dos direitos humanos enquanto valores fundamentais indisponíveis dignos de uma essencial inexauribilidade. Os direitos como uma concretude das garantias

coletivas e subjetivas, são prestações proporcionados pelo Estado por meio de normas constitucionais que objetivam possibilitar melhores condições de vida, como minimizar situações desiguais de vida priorizando os mais frágeis (BARRUFFINI, 2008). Pode-se afirmar, então, que são pressupostos intersubjetivos dos direitos emancipatórios do bom-viver, pois visam a criar condições mais dignas de vida aos sujeitos sociais que lutam por reconhecimento e poder no exercício de suas autonomias e liberdades positivas.

Logo, o reconhecimento das identidades intersubjetivas refere-se às reinterpretações das relações de gêneros, etnias e tradições culturais que lutam tanto por seus objetivos sociopolíticos como por suas reivindicações e demandas de poder, que estão sempre em jogo frente à cultura hegemônica das forças globalizadas com seu intento finalístico de apagar quaisquer vestígios de organização solidária para a conquista do bem comum (HABERMAS, 2004). Os patamares de reconhecimento jurídico dos direitos fundamentais quanto os domínios de reconhecimento social de valores emancipáveis são elementos centrais pelos quais pode-se tanto descortinar os processos de aprendizagem moral e política em contextos de desrespeito e injustiça social como revelar os fenômenos de reificação de culturas que obstruem o alcance de novos patamares de reconhecimento entre os sujeitos sociais da vida coletiva e equitativa (HONNETH, 2003).

O processo de globalização foi percebido, já nos anos 90, por vários setores da sociedade e população em geral como o devir de um mundo moldado por uma nova economia e por suas tecnologias, por novas estruturas sociais e a sua práxis produtiva, e por seus modos de vida e formas de cultura afins. Uma episteme histórica caracterizada pelo capitalismo global que influenciaria os múltiplos saberes e práticas cotidianas, como a produção científico-tecnológica e seus paradigmas, em face de suas relações com a sociedade e história em particular. Todo esse

contexto levaria, inevitavelmente, à desintegração social, ao desrespeito a democracias de países, às desigualdades sociais, à reificação coletiva e alienação cultural, à pobreza e à emergência de doenças cada vez maiores.

Esses traços resultantes da sociedade global expressam a universalização do capital e seus mercados, da cultura e modelos de vida social, da produção e consumo de bens e serviços, das técnicas e utilização dos recursos, e do espaço social globalizado. Tem-se a particularização dos poderes político-econômicos e das riquezas e territórios, como da racionalidade técnico-científica a serviço do capital que contribui para justificar e ocultar todo esse reverso do processo de globalização da vida humana. Tanto as construções de um mundo material universalizado como de relações sociais homogeneizadas se particularizam e se fragmentam em territórios pobres e ricos como em países de terceiro e primeiro mundos (ARREAZA, 2012).

Além do retrocesso tecno-econômico do capitalismo tardio, com a privação das nossas riquezas materiais e recursos estratégicos, submetendo grande parte da sociedade a níveis restritos de sobrevivência, a globalização implica também em uma contrarreforma neoliberal que procura neutralizar os sujeitos pela dissolução dos espaços da práxis social de culturas particulares, como mediante a implantação de uma cultura individualista e do consumo alienado, intentando acabar com a identidade intersubjetiva dos sujeitos e apagar quaisquer vestígios de organização coletiva na conquista de uma cultura de equidade social e bem comum. A globalização dos mercados traz consigo tendências culturais de massificação do consumo, como a deterioração da experiência estética das cidades e sociedades, sendo que as diferentes tecnologias do poder hegemônico moldam as subjetividades, a vida social e, até mesmo, a corporeidade biossocial dos sujeitos no âmbito desse mundo globalizado (BITTENCOURT, 2010).

A sociedade tecnicista faz triunfar, portanto, os seus valores de massificação da

cultura como o nivelamento banal das singularidades subjetivas, pois o ato de des-pertá-las é considerado crítico para a manutenção da ordem pública que se sustenta pela homogeneização dos comportamentos e qualidades humanas. Por conseguinte, vivemos sob o império moralista da igualdade absoluta e sob o imperativo tecnológico de ‘o que pode ser feito deve ser feito’, pois, nesse sistema de padronização da vida, é considerada como algo moralmente inviável a própria intersubjetividade humana. Logo, nesse decadente contexto de degradação cultural promovido pelo nivelamento vulgar das qualidades humanas, vive-se sob o jugo da ditadura massificadora na qual se dilui todo o brilho singular e destaque pessoal.

Diante desse cenário de domínio e concentração do poder, este autor se alia a um bloco sociocultural dirigido à construção de uma práxis emancipadora do saber agir, crítica e renovadora dos modos de produção da vida e saúde, como de bens equitativos dos sujeitos sociais de uma coletividade emancipadora e solidária. Soma-se a isso o reconhecimento efetivo da diversidade pluricultural, implicando o respeito às diferenças culturais e sua integração com o intuito de viabilizar a igualdade de direitos e de oportunidades equânimes às classes, etnias e gêneros pertencentes à sociedade como um todo (BREILH, 2006).

Portanto, o domínio da cultura representa os rastros e expressões da práxis realizada por uma sociedade em determinado tempo histórico, abarcando a historicidade dos modos de andar a vida dos grupos sociais com as suas práticas reprodutivas, ecosociais e cotidianas; os bens, saberes, crenças e costumes, sendo criações culturais da práxis social histórica, conformam, à sua vez, as práticas discursivas desses coletivos frente às suas formas de poder e inserção na sociedade capitalista, relacionando os processos de vida com os valores de uso e troca vivenciados pelos grupos sociais como produto de sua forma particular e geral de produção social.

Já a interculturalidade, é entendida como um processo histórico de inter-relação entre os distintos grupos sociais que compartilham o mesmo espaço de reprodução cultural e de seus saberes e práticas, e suas relações interculturais podem ser solidárias ou de oposições entre elas. Quando a construção intercultural se inscreve num projeto emancipatório, pode-se chegar a um movimento pluricultural que reconheça a diversidade cultural e respeite suas diferenças, integrando as várias culturas em prol de um projeto solidário de democratização e equidade; no qual diferentes culturas possam reproduzir-se com igualdades de direitos, oportunidades e responsabilidades coletivas.

Para tanto, a interculturalidade pode ser uma relação estratégica e dialógica no confronto de interesses e realizações que se materializam ao levar adiante um projeto de emancipação para que sobrevivam e se fortaleçam diferentes culturas, reconhecendo tanto as suas características comuns quanto as suas respectivas metas de luta com mútuo enriquecimento. Trata-se de um movimento de integração que respeita e constrói encontros solidários, visando proteger espaços e instituições que viabilizam toda essa luta por reconhecimento e poder para uma sociedade mais justa, segura e emancipável.

Segue-se, então, a reflexão crítica de Breilh (2000) sobre o desenvolvimento humano desde um horizonte emancipador, lembrando que o trabalho, por ser o grande mediador entre os sujeitos e o meio da vida, demanda premente humanização de suas formas, finalidades e reparte dos seus produtos. A conquista e expansão das suas modalidades baseadas na cooperação e solidariedade tanto podem beneficiar a corporeidade dos sujeitos como enriquecer a sua cultura; ademais, são equitativas no reparte e nas relações de etnias e gênero, devendo assegurar também interações mais benéficas entre os sujeitos e o meio em face às suas necessidades de ‘cidadãos sociais da vida’.

Já a humanização do consumo refere-se à construção e desfrute das necessidades reais dos sujeitos mediante a conquista de conteúdos adequados e distribuição democrática dos mesmos, como de seu acesso não mediado apenas pelo poder econômico do capitalismo; a proteção integral da vida humana tem, por sua vez, como princípio maior a democratização das principais vias de acesso a bens e serviços de interesse à sociedade como um todo. Quanto à proteção do sentido multicultural do pensamento, implica a recuperação de sua autonomia e identidade que, todavia, se encontram suprimidas pela alienação da atividade produtivista e, por sua respectiva reificação sobre a cultura dos sujeitos. Faz-se urgente, pois, a expansão de um nexos construtivo entre povos e etnias para desencadear um multiculturalismo enriquecedor e uma construção intercultural das sociedades na equidade, como um ‘sujeito político de culturas distintas’.

Além disso, devem-se ampliar os espaços para criação artística e científica desprovidas de pressões econômicas e suas ideologias dominantes, como uma ordem cultural e simbólica onde haja lugar para a afetividade e respeito como ingredientes básicos de uma coletividade solidária. Somam-se a isso vivências com sabedoria e reflexão crítica que visem a recompor o seu papel emancipador por hora subsumido, mas não extinto como ‘sujeito epistêmico do saber’. Acrescenta-se que o pleno desenvolvimento humano a partir de uma concepção de integralidade da vida e com um sistema de saúde equânime conquistado democraticamente, é pilar de qualquer proposta progressista e construtiva frente à contrarreforma neoliberal com propósitos de tecnicizar a tudo e a todos (BREILH, 2000).

Com a possibilidade de estender o aperfeiçoamento genético humano via consolidação de progressos na faculdade dos genofenótipos e de potenciais fisiológicos como uma virtualidade potencializada, as pesquisas científicas e as políticas de saúde devem se sustentar em projetos de ética e equidades frente ao poder das classes dominantes e aos ditames de alguma outra forma de poder. A totalidade humana, ao ancorar-se concretamente em preceitos de justiça social, aglutina diferenças individuais e coletivas no contexto da sociedade para que esta proporcione, por sua vez, diferentes oportunidades a todos no fortalecimento de suas instituições e estrutura socioeconômica, como um ‘sujeito histórico da práxis emancipadora’.

Enfim, a emancipação dos sujeitos da vida social e da saúde coletiva se dá na construção de relações democráticas de poder como uma práxis do saber agir solidário e, na promoção do pensamento crítico e multicultural, no reconhecimento de uma intersubjetividade com as suas motivações, aspirações e intenções psicossociais. Opõe-se então a uma atitude reificante que não reconhece e contempla o mundo e os seus sujeitos sociais apenas como objetos de interesse, sem uma identificação das relações de etnias e tradições culturais no plano coletivo e individual. Tanto no cotidiano como nos espaços institucionais, deve-se proporcionar uma integração de formas participativas de poder, de tal modo que todos tenham o mesmo direito de ver os seus interesses representados e emanciparem-se em nosso Estado Democrático de Direitos. ■

Referências

- 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, p. 349-370, set./dez. 2009.
- ARREAZA, A.L.V. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1001-1013, abr. 2012.
- AYRES, J.R.C. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001.
- BARRUFFINI, J.C.T. *Direito Constitucional I*. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BITTENCOURT, R.N. O advento do homem-massa. *Filosofia, Ciência & Vida*, São Paulo, v. 5, n. 52, 2010. p. 22-29.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 41. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BREILH, J. Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 99-114, jan. 2000.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.
- COELHO, M.T.A.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 101-113.
- COSTA, A.M. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 443-446, set./dez. 2009.
- HABERMAS, J. *A inclusão do outro: estudos de teoria política*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 237-275.
- HENRIQUES, I. O vazio da cidadania de consumo. In: BARROS-FILHO, C. (Org.). *Direito e Cidadania*. São Paulo: Duetto Editorial, 2011. p. 42-49.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.
- MACHADO, M.F.A. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.
- MANZINI, M.L.C. *O que é cidadania?* São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.
- NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E.P. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, mai./jun. 2004.
- SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida: um mundo de corresponsabilidades e fazeres. In: SANTOS, L, (Org.). *Direito da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 15-62.

Recebido para publicação em janeiro de 2013
 Versão final em janeiro de 2014
 Conflito de interesse: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública

Compulsory treatment and crack: a harmful service to public health

Isabel Coelho¹, Maria Helena Barros de Oliveira²

RESUMO: O objetivo deste ensaio é o de discutir a interpretação inconstitucional que vem sendo conferida à Lei nº 10.216/01, que prevê a internação compulsória de doentes mentais, mas que está servindo de fundamento para a internação de dependentes químicos. Trata-se de absoluta afronta aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde. Aborda-se usuário de drogas, maior de 18 anos que tem sua internação requerida judicialmente. Partindo-se da premissa que os dependentes químicos não são doentes mentais, a internação compulsória, além de ser agressiva e uma forma de tratamento ineficaz, constitui um modo de eliminação dos indesejados, constituindo-se em prática higienista violadora de direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Internação compulsória de doente mental; Cocaína crack; Executoriedade da lei; Humanização da assistência.

ABSTRACT: *This essay aims to discuss the unconstitutional interpretation conferred to Law nº 10.216/01, which provides for compulsory hospitalization of the mentally ill but also grounds the hospitalization of drug addicts. This is an absolute outrage to the constitutional principles of human dignity and to the right to health. The essay encompasses drug users of 18 years or above who have their hospitalization required by law. Starting from the premise that the addicts are not mentally ill, compulsory hospitalization, in addition to being aggressive and an ineffective form of treatment, shall constitute a means of eliminating the unwanted, in a hygienist practice that violates human rights.*

KEYWORDS: *Commitment of mentally ill; Crack cocaine; Law enforcement; Humanization of assistance.*

¹Mestre em Direito da Cidade pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Juíza de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. isabelpc@tjrj.jus.br

²Pós-Doutoranda pela Universidade de Coimbra - Coimbra, Portugal. Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mhelen@ensp.fiocruz.br

Introdução

Este artigo objetiva chamar a atenção para a interpretação inconstitucional que vem sendo conferida à Lei Federal nº 10.216/01, que prevê a possibilidade de internação compulsória de dependentes em drogas mediante determinação judicial (BRASIL, 2001). Paralelamente, demonstra, por meio de análise sociopolítica, que a internação compulsória não pode ser assumida como a medida que irá sanar o grave problema de dependência química tão fortemente instalado em nossa sociedade. Deve-se esclarecer que se tem como premissa básica que o dependente químico não é doente mental.

Em que pesem as inúmeras questões processuais que a judicialização da internação compulsória provoca, a discussão da interpretação inconstitucional do diploma normativo que a permite é anterior a todas as outras que envolvem o assunto e, por isso, constituirá o foco do debate.

A internação compulsória, nos moldes que vem sendo requerida, especialmente por órgãos do Poder Executivo, e corroborada pelo Poder Judiciário, viola frontalmente os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da saúde, que também são considerados espécies de direitos humanos e fundamentais.

Ressalte-se que o objeto deste estudo é o usuário de drogas, maior de 18 anos, que tem sua internação requerida judicialmente. Contudo, todas as ponderações aqui realizadas podem ser utilizadas como um argumento contrário à internação compulsória de menores de 18 anos. O fato de a menoridade não lhes conferir capacidade civil, por si só, não é suficiente para que não tenham assegurado o seu direito à saúde.

Como se verá adiante, sob qualquer argumento que se veja a questão, a conclusão é sempre a mesma: a internação compulsória de dependentes químicos, maiores ou menores de idade, não lhes garante o direito à vida, ao contrário, constitui violação do seu direito à saúde.

A Lei 10.216/01

A possibilidade de internação de usuários de entorpecentes vem sendo fundamentada na Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Muito embora a lei exista desde 2001, foram os recentes episódios de internação involuntária praticada pelas prefeituras dos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, seja a pedido das famílias de usuários de *crack* ou das próprias prefeituras, que a colocou em evidência.

É imperioso que se destaque que a Lei nº 10.216/01 constituiu as bases da reforma psiquiátrica no Brasil, tendo seu projeto tramitado no Congresso por onze anos, fruto do movimento dos trabalhadores em saúde mental, sob o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’.

A história da psiquiatria é marcada por um processo de asilamento e a Lei nº 10.216/01 pretendeu romper com essa ordem. O seu objetivo foi privilegiar a desospitalização dos doentes mentais, com “a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais” (AMARANTE, 1994, P.73).

Deve-se ressaltar que subsiste a internação psiquiátrica, na forma do artigo 6º da Lei nº 10.216/01, sendo três as possibilidades, a saber:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001, P. 2).

Este estudo se interessa pela terceira modalidade, qual seja, a internação compulsória, cujo diferença para as demais é a de ser determinada pelo Poder Judiciário.

Depreende-se, pela simples leitura da Lei, que o pedido judicial apenas precisa ser instruído com um laudo médico circunstanciado atestando a necessidade de internação do paciente. No mais, caberá ao juiz competente analisar o pedido e examinar as condições de segurança do estabelecimento para o paciente, os outros internados e os funcionários. É o que estabelece o art. 9º da Lei nº 10.216/01:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, 'de acordo com a legislação vigente', pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001, P. 2. GRIFOS NOSSOS).

Percebe-se que não há qualquer análise mais profunda do estado do paciente, baseando-se o juiz apenas em um laudo médico prévio, que, na maioria das vezes, foi elaborado no momento de crise do usuário e onde, certamente, não se levam em conta os demais aspectos de sua vida, especialmente sua condição social e relações familiares.

Ressalte-se, ainda, que o art. 9º trata da internação compulsória para os casos previstos na legislação vigente no Brasil. Isso, porque a ciência do direito é baseada no princípio da legalidade, especialmente no que tange à privação de liberdade. Por isso, a internação compulsória só poderá ser determinada nos casos previstos em lei.

Atualmente, há apenas as hipótese constantes dos arts. 99 a 101 da Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984). Trata-se de internação compulsória de portadores de doença mental quando cometem algum ato definido como crime pela legislação penal. Nesses casos, serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem encaminhados para a prisão.

Todavia, muito embora seja essa a única situação prevista em lei para a internação compulsória no direito brasileiro – e atente-se: de portadores de doença mental e não de dependentes químicos –, na prática, os atores jurídicos ignoram a regra basilar do princípio da legalidade e ampliam as hipóteses para os dependentes químicos.

É fundamental, quando da análise acerca da interpretação e da aplicabilidade da Lei nº 10.216/01, que se compreenda a necessidade do enfretamento pelo Estado contra tão grave e crescente situação de pessoas com dependência química, por meio de uma política que priorize medidas permanentes e que combata, de fato, os verdadeiros fatores determinantes. Do contrário, o tratamento de pessoas com dependência química se reduzirá a simples e pura implementação de medidas absolutamente ineficazes e paliativas.

O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana

O princípio da dignidade da pessoa humana está previsto no art. 1º, III da Constituição de 1988, sendo um princípio fundamental da República brasileira e norma constitucional que permeia todo o ordenamento jurídico (BRASIL, 1988).

Luiz Edson Fachin (2008) sintetiza bem o espírito constitucional ao elevar o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento da República:

Nesse âmbito, a Constituição Federal de 1988 erigiu como fundamento da República a dignidade da pessoa humana. Tal opção colocou a pessoa como centro das preocupações do ordenamento jurídico, de modo que todo o sistema, que tem na Constituição sua orientação e seu fundamento, se direciona para sua proteção (FACHIN, 2008, P. 6).

Maria Celina Bodin (2003), por sua vez, subdivide o princípio da dignidade da pessoa humana:

O substrato material da dignidade assim entendida pode ser desdobrado em quatro postulados: i) o sujeito moral (ético) reconhece a existência dos outros sujeitos iguais a ele, ii) merecedores do mesmo respeito à integridade psicofísica de que é titular, iii) é dotado de vontade livre, de autodeterminação, iv) é parte do grupo social, em relação ao qual tem a garantia de não vir a ser marginalizado. São corolários desta elaboração os princípios jurídicos da igualdade, da integridade física e moral - psicofísica -, da liberdade e da solidariedade (MORAES, 2003, P. 85).

Em contraposição ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, tem-se o quadro de profunda injustiça social em que se encontra mergulhada a sociedade brasileira. Os níveis de desigualdade social, que se consolidam a partir de uma forte concentração de renda e da existência de iniquidades, desenhadas, de certa forma, um quadro de desesperança e o forte reconhecimento de estar submetido a uma situação de injustiça social.

Todos esses fatores podem, de certa forma, conduzir ao aumento do uso de drogas, que deve ser enfrentado com políticas públicas que busquem reconstruir os direitos sociais de grande parte da população

Não se pode conceber, em nenhuma hipótese, a violação desse princípio, especialmente quando emanada pelo Poder Público, seja ele Executivo, Legislativo ou Judiciário.

O direito constitucional à saúde

Com a promulgação da Carta de 1988, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas abrangentes

que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Adotou-se, assim, o conceito ampliado de saúde formulado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, pela primeira vez na história constitucional do País, o direito à saúde foi previsto expressamente como um direito social.

Não há dúvida de que a Carta de 1988 constituiu um marco histórico na realidade da saúde no Brasil. É inconteste que o desejo do movimento sanitarista era romper com a realidade de exclusão ao direito à saúde para a maior parte da população brasileira, que não tinha, e não tem, condições financeiras de arcar com um médico particular ou um plano de saúde privado.

O importante é esclarecer que, do texto da Constituição da República de 1988, pode-se extrair que a saúde foi classificada como direito social e fundamental. Não cabe aqui digredir a respeito da teoria dos direitos sociais e dos direitos fundamentais. É suficiente a informação de que a saúde foi tratada pela Carta de 1988 como um direito fundamental e social.

Por direitos humanos, entendem-se aqueles direitos que se confundem com o respeito à dignidade da pessoa humana. Não dependem de qualquer previsão legal para existirem e são inalienáveis e irrevogáveis. Nas palavras de Vicente de Paulo Barreto (2010, p. 12), “são produto das características únicas e impostergáveis da pessoa humana e não fruto da justiça ou graça divina”.

Dando sequência e materializando juridicamente os direitos humanos originais, tornando-os possíveis, agrega-se, nos dois últimos séculos, um conjunto de direitos, que resultam logicamente da ideia original de direitos humanos, proclamados em documentos internacionais e que receberam regulações diferenciadas nos sistemas jurídicos. Encontram-se nesse caso: o direito

à saúde, ao trabalho, às férias, à habitação, a oposição à exploração pelo capital e o direito de reivindicar juridicamente o respeito aos direitos humanos em sua integridade (BARRETO, 2010, P. 12).

Por direitos fundamentais tem-se que

são os direitos ou as posições jurídicas ativas das pessoas enquanto tais, individual ou institucionalmente consideradas, assentes na Constituição, seja na Constituição formal, seja na Constituição material (MIRANDA, 2000, P. 7).

Na verdade, precisamente para os direitos fundamentais poderem ser entendidos *prima facie* como direitos inerentes à própria noção de pessoa, como direitos básicos da pessoa, como os direitos que constituem a base jurídica de cada pessoa, eles dependem das filosofias políticas, sociais e econômicas e das circunstâncias de cada época e lugar (MIRANDA, 2000, P. 10).

Dessa forma, como ainda bem ressalta Miranda (2000, P. 8), não se pode aventar a existência de direitos fundamentais em Estados totalitários, em que não há o reconhecimento dos direitos da pessoa humana.

Por sua vez, os direitos sociais são aqueles que surgem para proteger os interesses da maioria da população, que passa a poder receber prestações do Estado, a fim de proporcionar-lhe “uma igualdade material, de tornar as pessoas, concretamente, iguais em dignidade” (MASTRODI, 2008, P. 78).

(...) os direitos sociais devem ser entendidos como a materialização, no plano concreto, das Liberdades Públicas existentes no plano metafísico da matriz liberal. Os direitos sociais nada são senão as Liberdades Públicas em sua dimensão positiva. Não se pode imaginar direitos mais fundamentais que estes (MASTRODI, 2008, P. 82).

O crack e a internação compulsória

Os episódios ocorridos no ano de 2012 (divulgados pela mídia) da ação da prefeitura do Rio de Janeiro atuando nas ‘cracolândias’ provocou a discussão acerca do acerto ou não da internação forçada dos usuários de crack. As classes média e alta, acuada, defendem a política de internação municipal, sob o argumento de que tais pessoas, reunidas para se drogarem, constituiriam um perigo em potencial para o seu livre trânsito.

A municipalidade, por seu turno, fundamenta sua conduta sob o argumento da preocupação com a saúde daquelas pessoas, que precisam de ajuda para se recuperarem. Por uma escolha pública, a ajuda eleita pelo Estado foi a internação involuntária para tratamento, ou seja, contra a vontade dos usuários. Deve ser esclarecido que, em tais episódios, não se realizou a chamada internação compulsória, mas sim a involuntária. Como visto, a compulsória é a requerida judicialmente e a involuntária é a realizada a pedido de pessoa diversa do paciente.

Assim, não houve um requerimento judicial de internação coletiva dos usuários de crack que estivessem nas ruas. Mas sim, segundo o noticiado pela imprensa, a internação dessas pessoas com base em laudo médico, que, supõe-se, existia no momento da internação. Tais argumentos, contudo, não convencem.

Inicialmente, vale esclarecer que o crack é um refinamento rústico da pasta de coca, e, por isso, o seu preço unitário é muito baixo quando comparado com a cocaína em pó, o que explica a sua maior difusão nas classes mais baixas. O seu uso contínuo, nas palavras do professor Francisco Inácio Bastos, em palestra sobre ‘Drogas e saúde pública’, proferida em 23.11.12 na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, provoca a destruição do campo da memória, tornando impossível a recuperação da capacidade cognitiva.

Desse modo, como bem ressaltado pelo professor, não é crível um ataque com

requintes de crime organizado de usuários de *crack* reunidos, como temem aqueles que passam pelas ‘cracolândias’. Por certo, a reação agressiva a um ataque é um instinto natural dos animais e, também, dos seres humanos. No entanto, a forma como certas imagens são editadas e transmitidas em horário nobre e cadeia nacional de televisão geram uma distorção dos acontecimentos.

Em segundo lugar, o argumento de que se está garantindo o direito à saúde dos dependentes, do mesmo modo, constitui uma falácia. No caso do discurso das classes média e alta, transparece uma ótica extremamente individualista: o foco não está na pessoa que precisa de ajuda e sim nele, cidadão que paga seus impostos e quer circular livremente sem ter que se deparar com cenas que não quer ver e, tampouco, correr risco de ser agredido por ‘craqueiros’ enfurecidos, tal como veiculado na televisão.

Pode-se identificar a inexistência na sociedade de uma atitude mais solidária, que vê na dependência química um problema de violência exclusiva contra eles, sem pensar na violência causada ao submeter a tratamento forçado os dependentes químicos. Do mesmo modo, sob a ótica das autoridades públicas, o argumento não convence. É cristalino que o objetivo não é dar o melhor tratamento àquelas pessoas - sim, são pessoas! -, mas ‘higienizar’ a cidade para os futuros eventos internacionais, tal como vem fazendo na ‘revitalização’, i.e., ‘pintura com cores vibrantes’, de áreas degradadas e abandonadas por anos pelo próprio poder público.

Afirma-se isso, pois, é de se esperar da prefeitura de uma cidade a melhor política pública de saúde para os seus cidadãos. Pressupõe-se, portanto, que os profissionais escolhidos pela autoridade máxima local para integrar sua secretaria de saúde possuam as informações da maneira mais adequada de se tratarem dependentes químicos. Assim, com base nessa premissa inegociável - já que a administração pública tem sempre que primar pela eficiência -, percebe-se que não

há outra lógica na atuação estatal local que não seja a ‘limpeza’ da cidade.

Não precisa ser profissional graduado da área da saúde para perceber que não há como se tratar dependência, química, alimentar ou qualquer outra, com internação forçada. Basta um pouco de coerência: se a internação não for consciente e voluntária o paciente não vai interiorizar nenhuma modificação e, em consequência, no primeiro momento que sair da internação, irá repetir o ato. Isso não o torna uma pessoa ruim, com falha moral de caráter, tampouco criminosa.

Por isso, pode-se afirmar que a política de internação involuntária ou compulsória é totalmente ineficaz. Não se pode utilizar o mesmo raciocínio e tática das Unidades de Polícia Pacificadoras: devolver o território à população, que antes era ocupado por milicianos, é muito diferente de assustar usuário de *crack*, que não faz qualquer diferença no cotidiano de vida da população local.

Ademais, a internação forçada está sendo feita da pior forma possível. Dar medicação para ‘sossegar’ o usuário não é efetivo, pois, no momento que acordar, até mesmo por um mecanismo de defesa, vai tentar fugir. Não há dúvida que o paciente ou usuário precisa entender que existem regras, mas, de modo algum, isso pode ocorrer de forma autoritária.

Por fim, deve-se ter em mente que ninguém pode ser coagido a ser protegido contra a sua própria vontade, pois, para além de dificultar o tratamento e propiciar recaídas, viola a um só tempo os direitos de liberdade e saúde dos indivíduos.

A inconstitucionalidade da lei 10.216/01: uma violação à dignidade da pessoa humana e ao direito à saúde

Deve-se lembrar, e repetir, que a Lei 10.216/01 visa à proteção de pessoas com transtornos mentais. O seu art. 2º elenca os direitos dos

pacientes e familiares, que inclui, dentre outros, o melhor tratamento de saúde e o tratamento humano e respeitoso (BRASIL, 2001).

Para esses cidadãos ou pacientes com transtornos mentais tem-se, como regra, a não internação, que só pode se dar em condição excepcional. Compulsoriamente, então, apenas nos casos do art. 100 da Lei de Execução Penal (LEP).

A questão que se põe é: se a lei 10.216/01 foi elaborada para proteger os doentes mentais e teve como principal 'bandeira' a desospitalização, como se pode, racionalmente, explicar a utilização dessa mesma lei para pessoas que não são portadoras de doenças mentais e, pior, tornar a internação a regra, contrariando todos os onze anos de debates e tramitação desse diploma legal antes citado.

Neste ponto, devem-se ter claro algumas conclusões: 1) dependente químico não é doente mental; 2) a internação compulsória prevista na Lei 10.216/01 deve ser aplicada tão somente para os casos de doentes mentais que cometam alguma infração criminosa, como espécie de medida de segurança; 3) a internação compulsória de dependentes químicos é ilegal por falta de previsão legal, e inconstitucional por violar o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana; 4) as internações que vêm ocorrendo podem ser equiparadas à tortura e, assim, violam direitos humanos; 5) O Poder Judiciário é guardião de direitos humanos, não podendo, sob argumento algum, violá-los.

Considerando-se as conclusões acima, não é difícil perceber a distorção que vem sendo feita com a Lei 10.216/01 pelos atores jurídicos. Ora, dependente químico não é doente mental. Pode até ser que um doente mental faça uso de drogas tidas como ilícitas, porém não é essa a realidade que vem sendo levada ao Poder Judiciário.

Os usuários de drogas etiquetadas como ilícitas, seja de forma recreativa ou abusiva, são pessoas capazes e não devem ser tratadas como portadores de doenças mentais. O fato de terem crises de abstinência faz parecer,

aos olhos do leigo, que estão desprovidos de qualquer razão e capacidade de decidir, o que não é verdade. Desse modo, carece de amparo legal a utilização da Lei 10.216/01 para o requerimento de internação compulsória de dependente químico.

É simples: o art. 6º, III da Lei 10.216/01, que ampara todos os pedidos judiciais, não contempla o dependente químico, esteja em crise ou não, já que este não pode ser considerado doente mental. Sua única aplicação, como já ressaltado, é para os casos de portador de doença mental que cometa um crime, caso em que será recolhido a um hospital de custódia e não a um estabelecimento prisional, justamente por requerer cuidados especiais (BRASIL, 2001).

Não fosse esse argumento suficiente, é também inconstitucional a utilização de internação compulsória para o tratamento de dependentes químicos por violar a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde. O desrespeito ao primeiro é notório. Basta ver as imagens e notícias divulgadas amplamente pela imprensa brasileira no decorrer do ano de 2012. Os usuários são arrastados, conduzidos barbaramente à força para locais que não estão preparados para recebê-los.

São inúmeros os testemunhos de pacientes que passaram por clínicas de tratamento para dependentes químicos que relatam diversas práticas de tortura durante o 'tratamento', tais como socos e pontapés por se recusarem a aderir à religião pregada pela clínica em questão, queimaduras, recusa em fornecer alimentação, braços e pernas amarrados na cama para evitar a fuga, proibição de recebimento de visita dos familiares e, tampouco, de ligações telefônicas.

Não é preciso ser profissional da saúde para perceber que um protocolo desses não pode, de modo algum, assegurar o direito à saúde e à vida dos pacientes. Além de faltar a voluntariedade, essencial para que se evitem as recaídas, o estresse causado por uma internação forçada causa mais danos

ao dependente. A internação compulsória, na prática, condena o dependente químico, que não praticou crime algum no momento da internação, a permanecer internado, por tempo indeterminado, contra a sua vontade.

Viola-se, a um só tempo, os princípios do devido processo legal, contraditório, ampla defesa e da razoabilidade. Com relação à última, como explicar o encarceramento de uma pessoa que não cometeu um crime? Apenas pelo fato de residirem em ‘cracolândias’ ou por indicação dos seus familiares. Foge de qualquer razoabilidade e racionalidade.

Diante dessa realidade, inimaginável em um Estado Democrático de Direito, é cabível o seguinte questionamento: ao deferir a internação compulsória não estará o juiz atendo-se a procedimentos exclusivamente técnicos de análise da perícia e, ao mesmo tempo, pressionado pela mídia, que vem explorando de forma extremamente acentuada a questão da dependência química através do *crack*. Estaria o Poder Judiciário ignorando um querer manifesto do cidadão? Em outras palavras, não estará o Poder Judiciário negando totalmente o sujeito, objeto da ação judicial em sua dignidade de pessoa humana com direitos a serem garantidos? O Poder Judiciário está assumindo um papel de violador de direitos humanos?

Considerações finais

Pretendeu-se alertar para o uso incorreto, ilegal e inconstitucional da Lei nº 10.216/01. Infelizmente, é corriqueiro no meio jurídico a repetição de modelos de ações judiciais de modo acrítico, sem contextualização da realidade social, tampouco sem verificação da viabilidade jurídica do argumento.

Foi o que aconteceu com a Lei nº 10.216/01. Os ‘atores do direito’, sem qualquer conhecimento de saúde pública e mental, encontraram nesse diploma legislativo o fundamento jurídico que precisavam para requerer judicialmente as internações compulsórias das pessoas que incomodam no espaço público, notadamente os usuários de *crack*.

Assim, sem qualquer embasamento teórico e dos dispositivos iniciais da referida Lei, deram início à propositura dessas demandas, que foram sendo repetidas e deferidas pelo Poder Judiciário, também de forma acrítica.

Nessa situação de internação compulsória, é cabível pensar-se que papel está desempenhando o Poder Judiciário, se não incorpora todos as implicações determinadas socialmente, que define uma situação de absoluta ausência de um querer manifesto do cidadão. É como se houvesse uma negação total do sujeito objeto da ação judicial.

A internação compulsória não pode ser uma saída individual, cruel e autoritária que o Estado brasileiro assume, violando o direito do outro de decidir. Além do que, a questão do *crack* não pode ser individualizada, pois é mais uma expressão de graves problemas da sociedade brasileira e que, portanto, deve ser tratada na perspectiva coletiva, tal qual afirma Boaventura de Sousa Santos: “Os direitos humanos são individuais e é preciso que haja uma luta pelos direitos humanos coletivos” (2009, p.118).

O fato de o PL 7663/10 ter sido aprovado na Câmara dos Deputados sem a previsão de internação compulsória é motivo de alívio. Porém, a preocupação subsiste, tendo em vista a utilização distorcida, pelos atores jurídicos, da Lei nº 10.216/01, que continua em vigor. ■

Referências

- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Atlas, 1988.
- _____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Pena. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 13 jul. 1984, p. 10227.
- _____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2.
- FACHIN, L. E. *Questões do direito civil brasileiro contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.
- MASTRODI, J. *Direitos Sociais Fundamentais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- MORAES, M. C. B. *Danos à pessoa humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- PEREIRA, A. P. S. Alguns apontamentos sobre a obrigatoriedade do acolhimento de crianças e adolescentes em situação de rua e usuário de drogas. In: LOPES, C. S.; JATAHY, C. R. C. (Coord.). *Ministério Público: o pensamento institucional contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2012.
- SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
- SANTOS, B. S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. Rio de Janeiro: Boitempo Editorial, 2009.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em dezembro de 2013
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa

Assessment procedures of mental health services: an integrative review

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹, Thais Yshida Cestari², Maria Odete Pereira³, Paula Hayashi Pinho⁴, Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves⁵, Heloísa Garcia Claro⁶

RESUMO: Esta revisão integrativa dos processos avaliativos em serviços de saúde mental, tanto em âmbito nacional como internacional, objetivou identificar fatores envolvidos nas avaliações; as dimensões em que os serviços foram avaliados e contribuições da avaliação para a atenção prestada em saúde mental. Realizou-se levantamento bibliográfico no período de fevereiro a maio de 2012. Prevaleram os estudos avaliativos qualitativos tridimensionais. Os resultados revelam maior envolvimento dos profissionais, participação de usuários e familiares e busca por melhor qualidade da assistência como fatores relacionados ao grau de satisfação do usuário. Considerou-se a melhoria na qualidade da atenção em saúde a maior contribuição da avaliação.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços comunitários de saúde mental; Avaliação de serviços de saúde; Gestão de qualidade; Saúde mental.

ABSTRACT: *This integrative review of assessing processes in mental health services, both nationwide and internationally, aimed to identify the dimensions by means of which the services have been evaluated and their contribution to the attention in mental health. Bibliographic survey was conducted during the period February-May 2012, noting the prevalence of three-dimensional qualitative assessing studies. The results reveal greater involvement of professionals, the participation of users and family and the search for better quality of care as factors related to the user's degree of satisfaction. The improvement in health care quality was considered the evaluation biggest contribution.*

KEYWORDS: *Community mental health service; Health services evaluation; Quality management; Mental health.*

¹Livre Docente pela Universidade de São Paulo (USP). Professora da Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. marciaap@usp.br

²Graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. (USP) - São Paulo (SP), Brasil. thaiscestari@hotmail.com

³Pós-Doutora pela Universidade de São Paulo. (USP) - São Paulo (SP), Brasil. mariaodete@usp.br

⁴Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. phpinho@terra.com.br

⁵Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. rejane.abreu@usp.br

⁶Doutoranda em Cuidados em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. heloisac.claro@usp.br

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) foram implantados, como resultado do movimento denominado Reforma Psiquiátrica, para articularem a Rede de Saúde Mental no território onde estão implantados. Barros e Egry (2009) e Pereira *et al.* (2010) situaram os Caps como os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que têm por objetivos: dar atendimento clínico diário, a fim de evitar as internações; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais; constituir-se em porta de entrada à rede de atenção especializada; e proporcionar suporte em saúde mental, focando no desenvolvimento de autonomia (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, os Caps assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no País. Essa mudança paradigmática deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, equipe, família e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições, o envolvimento e responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do tratamento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo e interdisciplinar, assim como as práticas e os saberes tradicionais devem ser reconstruídos para responder a essa transformação.

Especificamente na área da saúde mental, a Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às pessoas com transtorno mental ou dependentes de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos gerais da RAPS são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com abuso do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Com este novo formato de estratégia de atenção, torna-se relevante uma avaliação dos dispositivos Caps para, assim, visualizar suas potencialidades e fragilidades no atendimento a essa demanda.

Segundo os estudos de Kantorski *et al.* (2009) e Morais *et al.* (2009), os Caps devem ser submetidos a processos avaliativos, de modo a aferir a qualidade de atenção à saúde ofertada em seus espaços institucionais.

Avaliar qualquer atividade de saúde significa comparar o que se observa na prática com o que se considera como sendo a melhor intervenção possível; ou seja, confrontar o que vem sendo realizado cotidianamente com o que deveria ser feito (BRASIL, 2007). A avaliação de serviços faz parte integral do planejamento e gestão dos serviços de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (PINHO ET AL., 2007; WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Guba e Lincoln (2011) dividem a história da avaliação em quatro gerações, descritas a seguir: a primeira geração é denominada mensuração, em que o avaliador é essencialmente um técnico que deve saber construir e usar os instrumentos que permitem medir o fenômeno estudado. A segunda geração, tida como sendo a da descrição, em que o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior. A terceira geração caracteriza-se pelo julgamento. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, mas acrescida da emissão de um juízo de valor baseado em referenciais externos.

A avaliação de quarta geração, também denominada avaliação construtivista responsiva, utiliza o termo responsivo para designar uma forma diferente de focar uma avaliação, ou seja, de escolher os parâmetros e limites da avaliação, que nas três primeiras gerações são estabelecidos a priori. O termo construtivista é usado para designar a metodologia

empregada na avaliação, que encontra suas raízes no paradigma da investigação, considerada uma alternativa ao paradigma científico. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional, ou interessados, - *stakeholders* - princípio empregado para determinar as informações essenciais, que são implementados de acordo com os preceitos metodológicos do paradigma de investigação construtivista (GUBA; LINCOLN, 2011).

Evidencia-se a importância de desenhos de avaliação dos novos serviços de saúde mental, elaborados a partir do estudo do seu cotidiano, privilegiando análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto.

A avaliação da qualidade em saúde mental parece ser conduzida por características peculiares à área, quando comparadas às demais áreas de saúde. A avaliação de extensão de cobertura e de números de consultas, internações e procedimentos laboratoriais, por si só, não parece satisfazer critérios de boa qualidade em saúde mental. Todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, são perpassados pela intersubjetividade das relações entre usuários e trabalhadores, enfim, de todos os envolvidos no processo de trabalho, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliação em serviços de saúde (FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Portanto, um processo avaliativo de Caps deve monitorar as ações, acompanhando a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos.

No entanto, apesar da tendência internacional de incorporação da avaliação ao campo da saúde mental, de maneira geral, essa área não possui tradição em avaliação, em comparação com outras de atenção à saúde. Estudos de revisão integrativa acerca da temática ainda não foram realizados.

A fim de preencher essa lacuna do conhecimento, este estudo objetivou realizar uma revisão integrativa acerca dos processos avaliativos em serviços de saúde mental a fim de conhecê-los, no âmbito nacional e internacional; identificar os fatores envolvidos nas avaliações e em que dimensões os serviços foram avaliados; e, por fim, identificar as limitações e contribuições da avaliação para o desenvolvimento do serviço e atenção prestada em saúde mental.

Método

Trata-se de estudo de revisão integrativa com etapas pré-definidas. Souza, Silva e Carvalho (2010) definem que a revisão integrativa é uma abrangente abordagem metodológica que determina o conhecimento atual a respeito de temática específica, já que identifica, analisa e sintetiza os resultados de estudos independentes acerca de um mesmo assunto, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e uma repercussão benéfica na qualidade da atenção prestada ao paciente.

Para o desenvolvimento da revisão, as seguintes etapas foram realizadas: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise crítica dos estudos e discussão dos resultados; e apresentação da revisão relacionada com os processos de avaliação e os serviços de saúde mental. Para guiar a revisão integrativa, formularam-se as seguintes perguntas norteadoras: Quais são as melhores formas de avaliação em saúde mental e quais fatores estão envolvidos nessa avaliação?

Realizaram-se as buscas entre os meses de fevereiro e maio de 2012, nas bases da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine

(MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Cochrane e a busca de teses e dissertações nas Bases: PROQUEST, IBICT, CAPES e Teses da Universidade de São Paulo (USP). Utilizaram-se como palavras-chave os descritores controlados pelo DECS e MESH: serviços comunitários de saúde mental; gestão de qualidade e avaliação de serviços de saúde; *community mental health services; quality management and health services evaluation*.

Inicialmente, os critérios de inclusão dos trabalhos encontrados foram: artigos em português, inglês e espanhol, disponíveis gratuitamente nas referidas bases de dados; resumos; dissertações e teses publicadas a partir de 1970, cujos resumos se referiam ao processo avaliativo da qualidade da assistência de serviços de saúde mental.

As buscas foram realizadas pelas autoras, que ainda fizeram uma pré-seleção dos artigos encontrados, juntamente com a análise coletiva de todos os resumos disponíveis eletronicamente, para categorização dos estudos. Filtraram-se os que não se enquadravam nos critérios de inclusão e os identificados com apenas um descritor exato do assunto ou palavra-chave e que se repetiam em diferentes bases. A amostra final da revisão integrativa foi constituída por 16 trabalhos.

Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento de extração de dados adaptado por Tronchin (2011), o qual contempla as seguintes informações: número do artigo, portal ou base, dados do artigo, objetivos, método, resultado, considerações finais, recomendações, identificação de limites e vieses e síntese.

Sendo assim, os trabalhos selecionados foram identificados e numerados e as informações extraídas, organizadas para contemplar a análise dessa revisão a partir dos padrões e diferenças dos processos avaliativos realizados nos estudos.

Após analisadas, os resultados foram classificados em cinco categorias: (1) Características gerais do processo avaliativo; (2) Métodos e instrumentos utilizados nos processos

avaliativos; (3) Dimensões envolvidas no processo avaliativo; (4) Fulcro do processo avaliativo; e (5) Contribuições para o desenvolvimento do serviço e atenção prestada em saúde mental.

Para a apresentação dos trabalhos selecionados, elaborou-se quadro contendo o código do trabalho, ano de publicação, periódico e origem da publicação (*quadro 1*).

Resultados e discussão

Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa

Dos trabalhos selecionados, prevaleceram aqueles publicados em periódicos internacionais. Quanto às bases de dados, dois artigos foram publicados no Scopus, dois na CINAHAL, um na Web of Science, oito no SCIELO, três no MEDLINE e um no IBICT. Quanto à natureza metodológica dos trabalhos, os artigos foram classificados como: qualitativos (n=7), quantitativos (n=3) e quali-quantitativo (n=6). Em geral, o maior número de avaliações dos serviços de saúde mental utilizou métodos qualitativos. Apresentam-se, a seguir, os dados relativos aos artigos incluídos no estudo.

Características gerais dos processos avaliativos

Quanto ao local, oito estudos foram realizados em Caps e um em serviço de saúde mental extra-hospitalar. Dentre os estudos internacionais, três foram desenvolvidos em serviços comunitários de saúde mental; um em serviço comunitário de saúde mental, destinado a veteranos de guerra; um em serviço geral ambulatorial; e por fim, um em ambulatório de saúde mental. Um dos estudos consistia em estudo teórico.

Os processos avaliativos abordados pelos artigos incluídos nesta revisão tiveram, predominantemente os adultos (n=15) como sujeitos de pesquisa, e apenas um deles foi

Quadro 1. Caracterização dos estudos de acordo com ano de publicação, periódico e procedência de publicação

Código do Trabalho	Ano de Publicação	Periódico	Procedência da Publicação
A	2009	Caderno Brasileiro de Saúde Mental	Brasil
B	2011	Revista de Enfermagem e Saúde	Brasil
C	2009	Cogitare Enfermagem	Brasil
D	2011	Ciências e Saúde Coletiva	Brasil
E	2011	Ciências e Saúde Coletiva	Brasil
F	2009	Saúde em Debate	Brasil
G	2004	Caderno de Saúde Pública	Brasil
H	2010	Caderno de Saúde Pública	Brasil
I	1998	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas	Brasil
J	1997	Journal of Advanced Nursing	Inglaterra
L	2007	Community Mental Health Journal	Itália
M	2007	Journal of Behavior Health Services & Research	Estados Unidos
N	2005	Transcultural Psychiatric	Estados Unidos
O	2007	Australian Psychiatric	Austrália
P	2007	Psychiatric Services	Austrália
Q	1999	Psychiatric Services	Estados Unidos

Fonte: Elaboração própria

desenvolvido em serviço pediátrico.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um marco para a busca da dignidade e direitos das pessoas que sofrem psiquicamente. O Caps revelou-se um instrumento produtor de atenção individualizada e diferenciada em relação às necessidades dessas pessoas, que se encontram fragilizadas. Esses serviços objetivam diminuir as internações em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais.

Na atualidade, tem-se priorizado os serviços comunitários em saúde mental a fim de articular as demandas básicas e o atendimento especializado do transtorno mental.

Isso possibilita a promoção de uma atenção integral mais focada no indivíduo, que envolve não apenas sua condição clínica, mas também as dificuldades de integração quanto ao modelo de reabilitação biopsicossocial.

Conforme proposto por Barros *et al.* (2012), as práticas em saúde mental priorizam o processo de articulação para a construção compartilhada das possibilidades de inserção social do usuário no território. Desse modo, essas práticas apostam na transversalização como premissa para a potencialização da autonomia do indivíduo. O direito à saúde e ao exercício da cidadania é possibilitado pela interlocução

entre os diversos dispositivos sociais e comunitários, como, por exemplo, escolas de artes, ofícios, computação, idiomas, passeios e eventos. Para promover a inclusão social por meio desses serviços comunitários, é essencial que estejam inseridos numa rede de cuidados, de modo interdisciplinar e intersetorial.

Destacou-se, nesta revisão, que cada país tem um modelo de atenção em saúde mental, mas que, de modo geral, todos buscam um projeto terapêutico centrado nas necessidades do portador de transtorno mental e na relação interpessoal que o envolve na família e no seu território.

Métodos e instrumentos utilizados nos processos avaliativos

De acordo com os métodos de avaliação aplicados, classificaram-se os artigos como: abordagem descritiva e avaliação dos dados pré-existentes (n=9), abordagem de quarta geração construtivista (n=5) e abordagem epidemiológica (n=2). O maior número de publicações utilizou a segunda geração para avaliação dos serviços de saúde mental.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi evidenciada em apenas seis artigos (37,5%), sendo que dois empregaram entrevistas abertas com questões semiestruturadas, dois empregaram a aplicação de questionários e grupo focal, um empregou somente a descrição de informações e um realizou a comparação de dados já existentes.

Evidenciou-se que o processo avaliativo sistematizado foi evoluindo ao longo da história. Nos serviços de saúde mental, os primeiros eram apenas de mensuração, denominados de primeira geração. A segunda geração de avaliação foi a descritiva, desenvolvida para avaliar os programas. Somente a partir da década de 1990 iniciou-se o processo de avaliação de quarta geração com a proposta inclusiva e participativa nos serviços de saúde mental.

Nesse sentido, Kantorski *et al.* (2009) descreve, em seu estudo de avaliação qualitativa

de Caps desenvolvido a partir da avaliação construtivista, responsiva e da abordagem hermenêutico-dialética, que esse processo de avaliação está centrado no cotidiano dos serviços e ocorre mediante a participação da equipe, usuários e familiares. Assim, visa a conhecer a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos de construção com a sua prática.

Por meio de um processo de reflexão filosófica como a hermenêutica, é possível refletir acerca dos elementos constitutivos do ser humano. Embora os estudos empíricos a esse respeito permitam descrever o funcionamento e as ações humanas, é pela hermenêutica que os dados são interpretados sucessivas vezes (MINAYO, 2008; AYRES, 2005).

Quando se fala em avaliação em saúde mental, as pesquisas que utilizam instrumental padronizado sempre o fazem como resultado de uma boa prática, com indicadores indiretos que tenham como mensuração as medidas de qualidade de vida, autonomia e satisfação, com o intuito de ir para além dos indicadores epidemiológicos. De acordo com os dados da literatura, a avaliação apresenta três objetivos gerais: produzir conhecimento e reflexão a respeito das práticas, dos serviços, dos programas; produzir conhecimento sobre a própria avaliação e avançar em termos metodológicos e fornecer subsídios ao planejamento, gestão e administração dos serviços, quiçá ao ordenamento político dos programas de saúde pública (SCHMIDT, 2007).

Dimensões envolvidas no processo avaliativo de qualidade

Segundo as dimensões envolvidas no processo avaliativo, os artigos foram classificados quanto: à avaliação da estrutura, processo de trabalho e os resultados obtidos em serviço de saúde mental (n=4); à estrutura (n=4); ao processo de trabalho (n=4); ao resultado do serviço (n=1); à estrutura e o processo de trabalho (n=2); e ao processo de trabalho e resultados (n=1). A maioria dos

estudos avaliou apenas uma ou duas dimensões no processo avaliativo.

Os processos avaliativos podem objetivar uma das seguintes dimensões: infraestrutura, processo de trabalho e resultados. Sendo assim, Donabedian (2003) propôs uma avaliação tridimensional, considerada a de melhor qualidade.

A estrutura é utilizada para designar as condições sob as quais a assistência é provida. Incluem-se os recursos materiais e equipamentos; os recursos humanos, como número, variedade, qualificação profissional e pessoal de suporte; as características organizacionais, tais como a organização de equipe médica e de enfermagem, a presença de funções de ensino e pesquisa, tipos de supervisão e avaliação de desempenho etc.

A dimensão processo refere-se às atividades que constituem a assistência de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do usuário, e é usualmente realizada pelo profissional de referência, embora inclua outras contribuições destinadas aos usuários e seus familiares. Os resultados significam mudanças desejáveis ou indesejáveis em indivíduos ou populações que podem estar sujeitas a atenção à saúde (DONABEDIAN, 2003).

Sabe-se que essas três dimensões não são significativas de qualidade, mas, sim, de dados que podem traduzir-se em boa ou má qualidade. Deve haver também uma relação entre as dimensões, caso contrário a avaliação será falha. A combinação dessas dimensões possibilita uma avaliação mais completa, uma vez que cada uma delas reflete determinado aspecto da qualidade. Por fim, a avaliação tridimensional pode indicar as falhas na qualidade de cada dimensão, a fim de corrigi-las e melhorar a qualidade do serviço em geral (ONOCKO-CAMPOS ET AL., 2009).

Fulcros do processo avaliativo

Dentre os estudos analisados, somente seis (37,5%) destacaram, como fulcros no processo

avaliativo, as equipes de saúde (n=4) e os familiares dos usuários (n=2).

De acordo com o abordado, as equipes devem estar preparadas para acolher os usuários e familiares, estabelecendo vínculos e promovendo sua segurança; estar comprometidas com a individualidade de cada usuário, compreendendo as transformações sociais que ocorrem em suas vidas; possuir conhecimento para o enfrentamento de suas fragilidades; além de estratégias para lidar com a falta de medicamentos ou outros suportes necessários à sua assistência (D).

Nesse sentido, devem ser articuladoras do serviço, promovendo trocas entre os usuários, a família e a sociedade, possibilitando uma dinâmica de construção coletiva do tratamento e a relação íntima e espontânea com os usuários em seu meio social (H).

A satisfação para com a atenção recebida está diretamente ligada aos vínculos formados com a equipe de saúde, ao acolhimento realizado nas consultas e ao acompanhamento durante todo o tratamento. Esses fatores mostraram-se positivos em relação ao melhor sucesso no tratamento (Q).

Porém, analisando a relação entre a qualidade e a satisfação com o serviço, os estudos evidenciaram que profissionais sofriam pressões em sua rotina de trabalho, o que podia repercutir na qualidade do tratamento oferecido aos usuários. Evidenciaram-se alguns entraves institucionais, destacando-se: a falta de liberdade terapêutica, desacordo entre as políticas de gestão do serviço, burocracia, falta de enfermeiros, escassez de programas de atendimento, dentre outros (L). No entanto, apesar de todos esses problemas, os usuários de Caps entrevistados consideraram-se bastante satisfeitos com o atendimento (MORAIS ET AL., 2009).

Dessa forma, é necessário que os serviços apresentem uma gestão unificada e clara, com profissionais qualificados, a fim de auxiliar em intervenções eficientes para atender a demanda do serviço, dos profissionais e dos próprios usuários, objetivando a melhoria no

ambiente de trabalho e nos atendimentos.

A participação da família no planejamento da atenção e em processos avaliativos dos serviços ainda é muito tímida, Partindo do princípio que a família deva também ser considerada como objeto de cuidado em saúde (D), as mesmas não se sentiam envolvidas no tratamento de seu familiar como gostariam (M).

Nesse sentido, Tavares e Sousa (2009) constatou que os trabalhadores dos Caps demonstraram ainda haver relação problemática e de dificuldade para envolver o familiar no tratamento dos usuários, independentemente de a proposta do serviço ser a de atender a demanda espontânea de portas abertas e ter o envolvimento integral da família no tratamento. A participação da família é amplamente discutida nas equipes dos Caps.

O serviço deve estar preparado para trabalhar em parceria com as famílias, disponibilizando informações, atendendo a suas demandas e reconhecendo as dificuldades, que reflitam em estratégias de promoção de vínculos e parcerias (D). Ademais, as famílias devem ser empoderadas como elementos facilitadores e fonte de avaliação do serviço, com resultados na busca da qualidade e atenção às demandas dos usuários.

A população usuária dos serviços de saúde mental possui necessidades especiais de saúde. Nesse sentido, o estudo revelou que essa população recebe pior atendimento em saúde (O), enquanto outra pesquisa realizada com população carente, de etnias diferentes e que necessitavam da atenção em saúde mental, mostrou que essas pessoas recebiam atendimento de saúde diferenciado e de pior qualidade quando comparado ao oferecido à população branca (N).

Os estudos mencionados acima mostraram que possíveis estratégias para sanar essas dificuldades de atenção, como a construção de uma rede entre serviços de saúde mental e demais serviços de saúde, além da formação de vínculos entre profissionais desses serviços, proporcionariam uma atenção integral ao indivíduo, independentemente

de suas limitações biopsicossociais.

Por fim, com relação à qualidade do serviço, identificou-se uma relação entre qualidade de atenção e demandas de usuários dos serviços. Ter qualidade no atendimento em um serviço significa atingir os padrões de qualidade por ele estabelecidos, não implicando, necessariamente, aumento de recursos (J). A qualidade de atenção em saúde disponibilizada por um serviço está relacionada a alguns fatores, como relação dos profissionais com os usuários dos serviços, interpretação indireta das demandas dos usuários e, sobretudo, avaliação do processo de trabalho. Se há aumento da qualidade do serviço, haverá maior procura por esse serviço, superando os recursos para ele alocados.

Em síntese, a satisfação do usuário é um bom fator de avaliação da qualidade do serviço, mas é imprescindível atentar-se também à demanda de atendimento, que deve ser considerada foco de avaliação, muitas vezes, manipulada pelas instituições. Se a expectativa com relação a um serviço for elevada e a qualidade for considerada baixa, a satisfação do cliente é reduzida; mas se as expectativas são baixas, como é comum nos serviços localizados em áreas carentes, a qualidade pode ser considerada alta, pois a satisfação do cliente aumenta em 100%.(J). Portanto, não basta somente a satisfação individual; é necessária uma série de relações e de condições materiais para que os serviços prestados atendam às necessidades e expectativas da clientela (J).

Contribuições para o desenvolvimento do serviço e atenção prestada em saúde mental

Dentre os estudos analisados, os pontos fundamentais para o desenvolvimento do serviço e a atenção prestada em saúde mental são as equipes de trabalhadores, os familiares dos usuários e empenho pela qualidade da assistência. Esses fatores se mostraram essenciais e, de acordo com os estudos analisados, esses

pontos devem ser aprimorados na avaliação dos serviços em saúde mental.

Com relação aos profissionais, devem ser capacitados a fim de atuarem como elo de união entre o serviço e os usuários, bem como entre a família e a comunidade. Já quanto aos familiares, os resultados dos estudos mostraram que os profissionais devem incluir a família dos portadores de transtornos mentais em seu processo de trabalho com o objetivo de transformá-la em um agente facilitador e participativo no projeto terapêutico, assim como orientar e atender às demandas dos familiares quando apresentadas, aprimorando a relação interpessoal entre eles.

Por fim, a busca pela qualidade da atenção em saúde mental é fundamental para o desenvolvimento do serviço, uma vez que proporciona melhoria significativa a todos os envolvidos, tanto na rotina de trabalho, quanto na participação da comunidade.

Considerações finais

Com base na análise do material de estudo, foi possível observar que o método mais utilizado nos processos avaliativos nos serviços de saúde mental foi o de natureza qualitativa de segunda geração. Apenas uma ou duas dimensões de qualidade foram avaliadas.

Este estudo mostrou que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental está relacionada a diferentes fatores, como estrutura física; compreensão dos profissionais acerca das diferentes carências do usuário; capacitação dos profissionais; relação dos profissionais com os usuários; interação com a família; entendimento acerca da aplicabilidade de políticas públicas nos serviços e integração da rede de atenção primária à saúde, de acordo com que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde em que a atenção básica à saúde deve ser resultado da integração entre os diferentes serviços, como hospitais, ambulatórios de especialidades, Caps e outros. Esses quesitos mostraram ser

fundamentais para uma melhor qualidade do atendimento e para responder às necessidades individuais dos usuários, uma vez que são dimensões inter-relacionadas.

Embora os resultados deste estudo sejam relevantes, é fundamental considerar algumas limitações resultantes de processos avaliativos em serviços de saúde mental identificadas nos estudos incluídos na revisão, como: falta de organização dos serviços de saúde mental na rede de atenção psicossocial; falta de interação da equipe com os usuários e familiares; dificuldade dos trabalhadores em interagir com os familiares; falta de informações a familiares e usuários acerca das políticas públicas de saúde mental, como horários de funcionamento dos Caps e disponibilização de medicamentos no próprio serviço; e informações à população, que, em geral desconhece o trabalho realizado e por isso não busca tratamento no Caps.

Ressalta-se como limitação desta pesquisa o reduzido número de estudos que avaliam os serviços de saúde mental voltados para a avaliação de quarta geração e de forma tridimensional, já que verificou ser a melhor forma de avaliação e uma possibilidade para realização em serviços de saúde mental. Em relação aos Caps, considerados serviços especializados em saúde mental voltados ao tratamento de uma população que apresenta grande vulnerabilidade social, torna-se necessário detectar as fragilidades dessa modalidade de serviço, de modo a corrigi-las para promoção da melhor assistência em saúde e reabilitação psicossocial.

Os trabalhos incluídos nesta revisão integrativa, predominantemente da literatura internacional, apresentaram como potencialidade a melhoria da qualidade da atenção à saúde nos Caps. Neles, ficou evidenciada a concordância, por parte dos profissionais, usuários e dos familiares, de que é uma modalidade de tratamento eficaz no transtorno mental.

Espera-se, com este estudo, incentivar os profissionais de saúde dos serviços de saúde mental a realizarem pesquisas de

intervenção, utilizando teorias do processo de avaliação de qualidade que respaldem sua aplicação, assim como desenhos metodológicos com maior nível de evidência. Tais trabalhos contribuirão para avaliar a política

local, e, conseqüentemente, a elaboração de novas ações que ampliem a atenção às pessoas com transtorno mental, bem como sua adesão ao tratamento, no sentido de promover a sua reinserção psicossocial. ■

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.549-560, jul./set. 2005.
- BARROS, M. M. M. A.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Rede de atenção integral à saúde mental: experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste Brasileiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 262-274, abr./jun. 2012.
- BARROS, S.; EGRY, E. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo. v. 43, n. 4, p. 962-968, dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 9 jun. 2012.
- . *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2007.
- . *Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
- FURTADO, J.P.; ONOCKO-CAMPOS, R.A. Participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; et al. (Org). *Pesquisa avaliativa em saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 231-248.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Unicamp, 2011.
- KANTORSKI, L.P. et al. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 273-282, maio/ago. 2009.
- MINAYO, M.C.S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.
- MORAIS, M.L.S. et al. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 112-128, jan./abr. 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 1. 2009, p. 16-22.

PEREIRA, M.O.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F. Reflection about of the Brazilian public politicians in the context of post colonialism. *Journal of Nursing UFPE*, Recife, v. 4, n. 2, p. 730-738, abr. 2010.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-267, abr. 2010.

SCHMIDT, M.B. *Avaliação da qualidade de serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Caps Profeta Gentileza*. 2007. 450p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TAVARES, R.C.; SOUSA, S.M.G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 252-263, maio/ago. 2009.

TRONCHIN, D.M.R. *Indicadores de Enfermagem no Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa de Literatura*. 2011. Tese (Livre-docência em Enfermagem). - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p.543-548, dez. 2004.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em abril de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Consumo de *crack* a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno

Crack consumption from the perspective of gender and vulnerability: a review on the phenomenon

Fernanda de Souza Ramiro¹, Ricardo da Costa Padovani², Adriana Marcassa Tucci³

RESUMO: A complexidade do consumo de *crack* tem gerado grande desafio para os órgãos gestores. O objetivo deste estudo foi o de analisar criticamente, com base em revisão da literatura dos últimos dez anos, as questões de gênero e as situações de vulnerabilidade associadas a esse consumo. Utilizaram-se as bases de dados LILACS, PUBMED e PSYCINFO, localizando-se 114 artigos, dos quais 20 foram selecionados. Os resultados dos estudos revelam que, em lugar de vulnerabilidade, há fatores de risco para o desenvolvimento do abuso ou dependência de substâncias psicoativas, bem como fatores de proteção, os quais se avaliam aqui com vistas à construção de políticas públicas para essa população.

PALAVRAS-CHAVE: Cocaína *crack*; Identidade de gênero; Vulnerabilidade.

ABSTRACT: *The complexity of crack consumption has generated great challenges for managers. The objective of this study was to analyze, based on a ten-year literature review, gender issues and vulnerability conditions associated with this consumption. By searching on LILACS, PUBMED and PSYCINFO databases, 114 articles were located, of which 20 were selected. The results of those studies show that, instead of vulnerability, risk factors arise as cause for the development of abuse or dependence on psychoactive substances, as well as protective factors, which are evaluated here as for the construction of public policies for that population.*

KEYWORDS: *Crack cocaine; Gender identity; Vulnerability.*

¹Mestre em Ciências da Saúde da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. fernandaramiro@hotmail.com

²Doutor em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. Professor do Departamento de Saúde, Educação e Sociedade e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. ricardopadovani@yahoo.com.br

³Doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Departamento de Saúde, Educação e Sociedade e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. atucci@unifesp.br

Introdução

A problemática do consumo de *crack* tem ocupado posição central no debate da saúde pública brasileira. A complexidade e vulnerabilidade que perpassam o consumo dessa substância e os problemas associados (RAUPP; ADORNO, 2011; RODRIGUES *ET AL.*, 2012), bem como a dificuldade de implementação de políticas públicas efetivas, têm gerado um desafio para os gestores, pesquisadores e profissionais da área. Soma-se, ainda, a esse complexo cenário, as mudanças dos padrões de consumo de *crack* (OLIVEIRA; NAPPO, 2008) e a questão de gênero incutida nessa problemática (DANIULAITYTE; CARLSON; SIEGAL, 2007).

A maioria dos estudos contempla a problemática do uso de *crack* sob a perspectiva da epidemiologia e do conceito de risco associado. O conceito de risco é definido por Bertolozzi *et al.* (2009, p. 321), como a

identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social.

Tornando determinantes os comportamentos individuais sobre os agravos de saúde e excluindo, assim, a inserção do contexto sociocultural e seu papel no processo de saúde-doença.

Por outro lado, surge no Brasil, na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade como uma maneira de se entender a exclusão social provocada pelas questões associadas ao HIV e à AIDS e para se minimizar as tendências individualizantes implicadas no processo de transmissão do vírus (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). A partir desse conceito, busca-se apreender e compreender a vulnerabilidade a partir de três planos interdependentes: o comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, o contexto social ou a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática (BERTOLOZZI *ET AL.*, 2009; SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). A

interrelação desses planos contribui para o entendimento da transmissão do vírus HIV e dos agravos da AIDS, sendo, também, útil para compreender a atual situação do consumo de *crack*, por sua natureza multifatorial e por desencadear problemas de diversas ordens, que se interrelacionam com a coletividade.

Nesse sentido, a partir do conceito de vulnerabilidade, é possível se englobar a iniquidade e a desigualdade social vivenciadas por esses usuários, permitindo avaliar as fragilidades e a capacidade de enfrentamento desses indivíduos aos problemas e agravos à saúde relacionados ao consumo dessa substância, assim como propiciar a ampliação da atuação em saúde pública, com novas reflexões para a formulação de políticas públicas de saúde em detrimento da culpabilidade e individualização atribuídos ao consumo e à dependência dessa substância.

As vulnerabilidades associadas ao consumo de *crack*, usualmente, culminam na dependência dessa substância, gerando danos pulmonares, maior suscetibilidade ao HIV, às hepatites, mortalidade, isolamento social, marginalização, violência, degradação física e psicológica, rompimento de laços afetivos com a família, medo coletivo, que contribuem para a diminuição da qualidade de vida, perda da esperança na vida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (RODRIGUES *ET AL.*, 2012). Muitos desses fatores são também exacerbados em decorrência das políticas proibicionistas que demandam pouco ou nenhuma intervenção terapêutica, mas focam na criminalização do usuário, aumentando ainda mais a vulnerabilidade desse sujeito (MENÉNDEZ, 2012).

Por outro lado, sabe-se que as diferenças em questões de gênero estão presentes em diversos aspectos no que concerne ao consumo de drogas (GREENFIELD *ET AL.* 2009; TAYLOR *ET AL.*, 2007), tais como: prevalência (CARLINI *ET AL.* 2007; GREENFIELD *ET AL.*, 2009; ZENKER, 2005), metabolismo e fisiologia (GREENFIELD *ET AL.*, 2009; ZENKER, 2005); mortalidade (ZENKER, 2005), tratamento (PRENDERGAST *ET AL.*, 2011; ZENKER, 2005), vitimização e violência (TUCCI; KERR-CORRÉA; SOUZA-FORMIGONI,

2010; ZENKER, 2005); vulnerabilidade e comorbidades (GREENFIELD ET AL., 2009; HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012; SCHEFFER; PASA, 2010; ZENKER, 2005).

A questão de gênero que se objetiva problematizar neste texto faz menção às características que diferenciam homens e mulheres construídas socialmente em cada cultura, tais como o conjunto de responsabilidades, atitudes, sentimentos, valores, condutas e papéis desempenhados (GÓMEZ GÓMEZ, 1993), e que podem influenciar no consumo de *crack* e no estigma e discriminação decorrentes dessa prática.

As grandes fases do feminismo contribuíram para a emergência de temáticas dos estudos feministas e de gênero. O feminismo tem sido delimitado a partir de três etapas históricas: a fase universalista, humanista ou das lutas igualitárias pela aquisição de direitos civis, políticos e sociais; a fase diferencialista e/ou essencialista, das lutas pela afirmação das diferenças e da identidade; e uma terceira fase, denominada pós-moderna, derivada do desconstrucionismo que deu apoio às teorias dos sujeitos múltiplos e/ou nômades (NARVAZ; KOLLER, 2006; SCAVONE, 2008).

Adotou-se a perspectiva de gênero da segunda etapa do feminismo - a fase universalista, humanista ou das lutas igualitárias pela aquisição de direitos civis, políticos e sociais - para fundamentar esta discussão, que se centrará nas questões das mulheres.

Sabe-se, também que, de modo geral, as mulheres vivenciam os efeitos orgânicos das substâncias psicoativas mais precocemente do que os homens. Enquanto, as consequências clínicas do álcool e da cocaína em homens e mulheres já são conhecidas, com relação às outras drogas, especialmente o *crack*, as diferenças de gênero ainda são pouco exploradas (BRASILIANO, 2005), não contribuindo para o planejamento e implementação de ações de saúde mais responsivas às suas necessidades. Diante do exposto, levantam-se as seguintes questões: 1) quais são as implicações das questões de gênero no consumo de *crack*?; 2) quais são as principais

vulnerabilidades a que estão expostos os usuários dessa substância?; 3) quais são as implicações das especificidades da mulher no acesso e tratamento no sistema de saúde?

A amplitude das dúvidas evidencia a relevância de se estudar as questões de gênero e vulnerabilidade presentes no consumo de *crack* e indicam a necessidade de planejamento de políticas de saúde e ações interventivas junto à população com maior vulnerabilidade, garantindo as especificidades de gênero.

Considerando a complexidade e as peculiaridades dos fatores relacionados ao consumo dessa substância, bem como a escassez de estudos nacionais abordando a temática a partir das questões de gênero e vulnerabilidade, este estudo objetivou analisar criticamente, a partir de revisão bibliográfica, as questões de gênero e as situações de vulnerabilidade que perpassam o consumo, com ênfase no gênero feminino.

Metodologia

Trata-se de revisão bibliográfica realizada nas bases de dados LILACS, PUBMED e PSYCINFO. A estratégia de busca utilizada baseou-se na combinação dos descritores *crack cocaine and gender identity and vulnerability*. Adotou-se como critério de inclusão: (1) a língua (inglês, português e espanhol), (2) o ano de publicação (artigos publicados de 2003 a 2013), (3) artigos que tratassem da problemática de dependência química sob o viés das questões de gênero e de vulnerabilidade, principalmente aqueles que tratassem do consumo de *crack*. Foram excluídos artigos: (1) que não abordavam a questão da dependência química sob a perspectiva das questões de gênero ou vulnerabilidade e (2) aqueles que os pesquisadores não tiveram acesso à versão completa.

Resultados

Localizaram-se 114 artigos na PUBMED, sendo selecionados 20 deles. Nenhum artigo foi encontrado nas bases LILACS e PSYCINFO. Dentre os 20 artigos analisados (quadro 1), 14 são de natureza quantitativa; três, qualitativa; um, quantitativo-qualitativo e dois, de revisão. Os resultados dos estudos apontaram em lugar de vulnerabilidade, fatores de risco para o desenvolvimento do abuso ou dependência de substâncias psicoativas (n=13) e fatores de proteção (n=4). Também foram descritos os comportamentos de risco desenvolvidos para lidar com a dependência ou fissura, o que os coloca em maior risco para contração de HIV ou AIDS (n=2). Outros resultados detectados nos estudos não se referiram aos fatores e comportamentos de risco acima apontados. Tais estudos identificaram que a mulher procura menos o tratamento para os problemas decorrentes do abuso ou dependência de substâncias psicoativas (n=1) e as motivações para alterações no comportamento de abuso de substâncias (n=1).

Como fatores de risco para o desenvolvimento do abuso ou dependência de substâncias psicoativas, os artigos analisados destacaram: vitimização na infância, familiares usuários de drogas, estressores ambientais (exposição a eventos traumáticos), falta de conhecimento acerca das drogas, identidade de gênero (ser mulher), uso de drogas pelos pares, fatores genéticos, baixa escolaridade, pobreza, cor (negra), bem como a presença de outras comorbidades psiquiátricas. Por sua vez, como fatores de proteção, os mais mencionados nos artigos foram: religião, identidade étnica positiva, religião e papéis de gênero.

Os resultados elencados fornecem importantes indicadores para o estabelecimento de programas de intervenção e definição de políticas públicas de saúde, os quais serão discutidos criticamente sob a ótica das questões de gênero, com enfoque maior nas mulheres, e de vulnerabilidade.

Discussão

Este estudo objetivou problematizar, a partir de revisão bibliográfica, as implicações das questões de gênero e das situações de vulnerabilidade no consumo de *crack*. Cabe ressaltar que o perfil mais recorrente dos usuários dessa substância corresponde ao de indivíduos do sexo masculino, adolescentes e jovens adultos, com baixa escolaridade, desempregados, provenientes de famílias desestruturadas e de baixa renda (SANCHEZ; NAPPO, 2002). No entanto, as informações disponíveis sobre esse fenômeno se mostram insuficientes para se viabilizar a elaboração de políticas públicas efetivas direcionadas às necessidades dos usuários de *crack* e de estratégias de intervenção, que necessitam ser continuamente avaliadas e modificadas de acordo com tais necessidades (MARQUES ET AL., 2012), pois suas demandas se modificam com rapidez (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010), salientando que, muitas vezes, as necessidades, padrão de consumo, aspectos socioculturais e familiares são distintos entre homens e mulheres (DANIULAITYTE; CARLSON; SIEGAL, 2007).

Verificou-se hegemonia de produções que priorizam a masculinidade e adotam-na como referencial, tanto para a investigação da sexualidade feminina, como na compreensão da dependência química; e poucos estudos abordaram as questões de gênero e de vulnerabilidade, apesar de serem frequentemente citadas como questões que permeiam a prática de uso de *crack* (ATKINSON ET AL., 2010; AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARÃES, 2006; CARVALHO; SEIBEL, 2009; CHAVES ET AL., 2011; HARZKE; WILLIAMS; BOWEN, 2009; LOGAN; COLE; LEUKEFELD, 2003; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Além disso, a estratégia de busca da literatura trouxe contribuições de produções científicas que discutem principalmente a partir da perspectiva da epidemiologia, o que pode ser um fator limitante para uma discussão mais ampliada do fenômeno.

Configurando-se como fatores de risco, foram abordados os eventos traumáticos

Quadro 1. Estudos analisados pela pesquisa que avaliaram as questões de gênero e vulnerabilidade no consumo de substâncias psicoativas

Autores (ano)	População	Tipo de Estudo	Resultados
ASHER; GASK (2010)	17 esquizofrênicos usuários de substâncias psicoativas	Quantitativo	Razões para o uso de drogas: definição de identidade, pertencer a um grupo, lidar com a desesperança, automedicação e reduzir a ansiedade.
BERTONI <i>et al.</i> (2011)	295 usuários de substâncias psicoativas	Quantitativo	Dúvidas sobre transmissão de HIV e seus comportamentos de risco.
BROOK; MOROJELE; BROOK (2006)	1468 adolescentes	Quantitativo	Atributos pessoais, uso de drogas com pares, fatores parentais e estressores ambientais contribuem para a variação no uso de drogas por adolescentes.
CHOI <i>et al.</i> (2006)	2169 adolescentes	Quantitativo	Adolescentes multirraciais exibem taxas mais elevadas de várias drogas e comportamentos violentos.
DANIULAITYTE; CARLSON (2011)	19 mulheres usuárias de crack	Qualitativo	A maioria das mulheres entende o estresse como uma explicação para seu uso de droga.
DERRINGER <i>et al.</i> (2008)	721 homens e 675 mulheres gêmeos	Quantitativo	Influência de fatores genéticos aumenta com a idade e é maior para homens.
GARCIA; MUÑOZ-LABOY; PARKER (2011)	23 líderes religiosos evangélicos	Qualitativo	Valores reforçados pela integração social e religião como barreiras e facilitadores na busca por melhores práticas de saúde.
GREENFIELD <i>et al.</i> (2007)	280 artigos	Revisão	Mulheres reduzem a procura por tratamento para dependência química ao longo da vida.
KRAMER <i>et al.</i> (2012)	710 usuários de estimulantes	Quantitativo	Relação entre uso de estimulantes e violência recebida.
KULIS <i>et al.</i> (2006)	71 estudantes	Quantitativo	Exposição ao uso de drogas das figuras parentais como risco para uso de drogas entre mulheres.
KULIS <i>et al.</i> (2008)	327 estudantes	Quantitativo	Identidade de gênero como um fator saliente no uso de drogas.
KULIS; MARSIGLIA; HURDLE (2003)	1351 estudantes	Quantitativo	Papéis de gênero prescritos culturalmente como fator protetivo para o uso de drogas.
LEE <i>et al.</i> (2010)	983 homens usuários de substâncias psicoativas	Quantitativo	Negros são mais propensos a beber.
LESTER; ANDREOZZI; APPIAH (2004)		Revisão	Desconexão entre conhecimento, política e prática referentes ao uso de drogas por mulheres grávidas.
MARSIGLIA <i>et al.</i> (2004)	4364 estudantes	Quantitativo	Identidade étnica positiva associada com menor uso de drogas e normas antidrogas mais fortes.
MURPHY <i>et al.</i> (2009)	154 pacientes com ferimentos faciais	Quantitativo	Pacientes evidenciam níveis significativos de uso de álcool.
ROBERTSON; XU; STRIPLING (2010)	305 meninas com histórico de encarceramento	Quantitativo	Transição da adolescência para a fase adulta composta por múltiplos estressores: uso de álcool e drogas, eventos traumáticos (abuso e violência).
STEVENS-WATKINS <i>et al.</i> (2012)	204 mulheres	Quantitativo	Associação do racismo com uso de drogas
TIBURCIO; TWIGGS; DUNLAP (2009)	107 usuários de substâncias psicoativas	Qualitativo	Dos participantes, 25% sugerem que mudanças individuais e ambientais aumentam a motivação para mudar o comportamento de uso de drogas.
TIMPSON <i>et al.</i> (2009)	54 usuários de crack de New Orleans e 162 usuários de crack de Houston	Quantitativo- Qualitativo	Os dois grupos se engajam em práticas sexuais de risco e uso compulsivo de crack, após trauma.

Fonte: Elaboração própria

(DANIULAITYTE; CARLSON, 2011; MURPHY ET AL., 2009; ROBERTSON; XU; STRIPLING, 2010; TIMPSON ET AL., 2009), cor (CHOI ET AL., 2006; LEE ET AL., 2010), maus tratos na infância, estresse relacionado a eventos de vida (DANIULAITYTE; CARLSON, 2011; ROBERTSON; XU; STRIPLING, 2010; STEVENS-WATKINS ET AL., 2012), desvantagem econômica, tensões nas relações sociais (DANIULAITYTE; CARLSON, 2011), fatores genéticos (DERRINGER ET AL., 2008), exposição ao uso de drogas (BROOK; MOROJELE; BROOK, 2006; KULIS ET AL., 2006) e comorbidades psiquiátricas (ASHER; GASK, 2010). Os fatores de proteção apontados foram: a identidade étnica (MARSIGLIA ET AL., 2004), religião e interação social (GARCIA; MUÑOZ-LABOY; PARKER, 2011) e identidade de gênero (KULIS ET AL., 2008; KULIS; MARSIGLIA; HURDLE, 2003) também foram apontadas como fatores de risco, em alguns casos.

Muito embora a cocaína e o *crack* sejam substâncias derivadas do cloridrato de cocaína e muitos dos fatores de risco e proteção acima citados estejam presentes no consumo de ambos, a forma de administração dessa substância influencia os efeitos no sistema cerebral (VOLKOW ET AL., 2000). No *crack* (fumado), os efeitos nos substratos cerebrais são mais rápidos e a dependência dessa substância também se estabelece de forma mais rápida (NAPPO ET AL., 2004). No entanto, estudos que objetivaram comparar o perfil de usuários dessa substância com aqueles que consomem cocaína por meio intravenoso ou intranasal são raros, especialmente os nacionais.

Três estudos nacionais recentes revelaram que os usuários de *crack* são mais jovens (AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARÃES, 2006; GUINDALINI ET AL., 2006; VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011), com maior proporção de solteiros (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011) e de afrodescendentes e menor nível educacional (GUINDALINI ET AL., 2006; VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011).

Quando comparados aos usuários de cocaína injetável, os usuários de *crack*, apesar de suas menores taxas de sorologia positiva para HIV, apresentaram menores taxas de uso de preservativo nas relações sexuais, semelhante aos índices de práticas de prostituição e de realização de sexo com pessoas do mesmo sexo (AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARÃES,

2006). Entretanto, as razões mencionadas para a não mudança do padrão de comportamento sexual após o advento da AIDS foi distinta entre esses grupos. Enquanto os usuários de cocaína injetável manifestaram não se preocuparem com esse assunto, os usuários de *crack* acreditavam que nunca aconteceria com eles. Para os autores, tal distinção deve-se às campanhas de prevenção da AIDS em nosso País naquele período, ou seja, com foco exclusivo no compartilhamento de seringas (AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARÃES, 2006).

Em relação à criminalidade, aqueles que faziam uso da cocaína de ambas as formas (fumada e inalada) apresentaram índices mais altos (59%) quando comparados aos que a usavam de forma fumada (49%) ou inalada (36,7%) (GUINDALINI ET AL., 2006). Apesar de no estudo de Azevedo, Botega e Guimarães (2006), os índices de criminalidade terem sido semelhantes entre os usuários de *crack* e os de cocaína injetável, os usuários de *crack* tinham um terço a menos do tempo de consumo dessa substância (três anos e seis meses) quando comparados aos usuários de cocaína injetável (nove anos e cinco meses). Os autores concluem que essa semelhança corrobora os achados clínicos e de pesquisas, nos quais o consumo de *crack* traz danos semelhantes, mas de maneira mais rápida do que os experimentados por usuários de cocaína injetável. Corroborando esse achado, um estudo qualitativo espanhol com usuários de diferentes formas de cocaína revelou que aqueles que tinham experiência com o consumo de *crack* referiram que a cocaína fumada é muito mais viciante e causa mais ansiedade do que a cocaína injetável (DELAS ET AL., 2010).

Estudos também vêm evidenciando que a prevalência do abuso e da dependência de drogas entre mulheres vem aumentando, como aponta o levantamento nacional realizado em 2005 (CARLINI ET AL., 2007). Apesar disso, não tem havido um incremento dos estudos prospectivos das necessidades femininas. Essa deficiência parece estar vinculada à pequena busca das mulheres por tratamento

para a dependência de substâncias psicoativas (ATTILIO ET AL., 2011; BRASILIANO, 2005; HORTA ET AL., 2011). O maior obstáculo que as mulheres enfrentam na busca por tratamento para a dependência química é o forte estigma social associado ao uso de álcool e outras drogas, os quais geram conflitos com o papel feminino socialmente esperado (BRASILIANO, 2005; DANIULAITYTE; CARLSON; SIEGAL, 2007).

Além disso, mulheres relatam mais histórias de trauma e maus-tratos na infância, violência interpessoal nas relações da adolescência e da vida adulta, envolvimento com serviços de proteção às crianças, falta de moradia e dependência de suporte financeiro de terceiros (DANIULAITYTE, CARLSON; SIEGAL, 2007; LOGAN; COLE; LEUKEFELD, 2003; MESSINA ET AL., 2010; NARVAEZ ET AL., 2012; PREDERGAST ET AL., 2011; TRACTENBERG ET AL., 2012; TUCCI ET AL., 2010; VIOLA ET AL., 2013). Assim, é importante frisar a necessidade de programas gênero-responsivos que possam atender às diferenças de gênero, já que tais programas têm evidenciado maior eficácia (PREDERGAST ET AL., 2011).

A despeito da maior prevalência de histórico de violência na infância entre mulheres, tal histórico também se faz presente na vida de homens usuários de *crack*. Por essa razão, aponta-se a necessidade de que esse dado seja investigado na prática clínica para que se possa elaborar e oferecer tratamento direcionado a essa questão.

Somando-se à maior presença de vitimização na infância, as características da dependência ou fissura relacionadas ao *crack* também merecem atenção. A abstinência dessa substância pode causar ansiedade ou depressão e fissuras extremas pela droga, as quais podem levar os usuários a trocar sexo pela droga ou dinheiro para obtê-la (HARZKE; WILLIAMS; BOWEN, 2009; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012; SELEGHIM ET AL., 2011), favorecendo a emergência da prostituição, principalmente entre mulheres (NAPPO ET AL., 2004; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012; SELEGHIM ET AL., 2011). Essa prática aumenta a vulnerabilidade das mulheres, especialmente em relação ao risco de contração de Doenças

Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e HIV e AIDS (ATKINSON ET AL., 2010; CHAVES ET AL., 2011; CORSI ET AL., 2010; DANIULAITYTE; CARLSON; SIEGAL, 2007; MALTA ET AL., 2008; MARQUES ET AL., 2012; NACHER ET AL., 2009; SCHÖNNESSON ET AL., 2009), risco de reincidência da vitimização e degradação física (CHAVES ET AL., 2011; LOGAN; COLE; LEUKEFELD, 2003; MALTA ET AL., 2008; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012).

Apesar de os dados da literatura mostrarem que há prostituição ou comércio de sexo pela droga entre mulheres, é sabido que essa questão atravessa também a vivência de homens usuários de *crack* (LOGAN; COLE; LEUKEFELD, 2003). No entanto, tal situação pode não ser relatada pelos homens por moralismo ou por julgarem que tal atividade não condiz com o papel socialmente esperado de um homem, dificultando o autocuidado e a busca por serviços de saúde entre o gênero masculino.

A fissura pelo *crack* pode também impelir o usuário a participar de atividades ilícitas (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012; HORTA ET AL., 2011; SCHEFER; PASA, 2010; SCHÖNNESSON ET AL., 2009; SELEGHIM ET AL., 2011), o que tem conferido a essa população uma condição de marginalidade e criminalidade (HORTA ET AL., 2011; SELEGHIM ET AL., 2011), as quais têm sido amplamente divulgadas na mídia, fazendo com que o fenômeno do consumo dessa substância tenha um impacto ainda maior e seja permeado de estigma na concepção da população geral, ampliando a dificuldade desses usuários no acesso aos serviços de saúde (AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARÃES, 2006; CARVALHO; SEIBEL, 2009; CHAVES ET AL., 2011; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; NAPPO ET AL., 2004; OLIVEIRA; NAPPO, 2008; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Pelas razões acima mencionadas, sugere-se que intervenções baseadas em Estratégias de Redução de Danos, que são feitas *in loco* e têm objetivo de desenvolvimento de práticas mais seguras de uso de drogas, podem ser as formas mais viáveis de se conseguir a inserção nessa população e reduzir os danos entre esses usuários (MORAES, 2010). Propostas como o consultório na rua, que leva o atendimento psicossocial e testagem rápida para DST e AIDS aos locais de concentração

de usuários por meio de uma equipe especializada, talvez seja a mais indicada para essa população, pois favorece o acesso a informações e a insumos, como preservativos, atraindo e favorecendo práticas de autocuidado. A atuação do consultório na rua pode ainda fortalecer a autoestima dos usuários, estabelecer vínculos e servir de ponte entre os usuários, os serviços de saúde e outras redes de cuidados, por estabelecer uma dinâmica de atendimento in loco adequada à necessidade do usuário (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

Ao propor um trabalho permeado pela política de redução de danos, preconiza-se trabalhar não somente com a vulnerabilidade física e psíquica do indivíduo, mas também com sua vulnerabilidade social e econômica, incluindo as vulnerabilidades específicas desenvolvidas por seu pertencimento a uma classe social, gênero, idade e grupo étnico (MENÉNDEZ, 2012).

Tendo em vista o conceito de vulnerabilidade apresentado, é possível vislumbrar que a vulnerabilidade feminina ao consumo de drogas, mais especificamente de *crack*, e os problemas decorrentes desse consumo, também perpassam as questões de gênero na compreensão do consumo dessa substância entre mulheres. É importante que se considere na dependência química feminina o entrecruzamento de comportamentos e vivências subjetivas ligadas a questões como sexualidade, fidelidade, preconceitos, liberdade e morte, imbuídas de desigualdades de gênero e de poder (BUNGAY ET AL., 2010; OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

No estudo de Silva, D'Oliveira e Mesquita (2007), que pretendeu buscar elementos da vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres (ex)usuárias de drogas injetáveis, evidenciou-se que a pobreza, a ausência de vínculos afetivos sólidos e continuados, a expulsão da casa da família de origem e da escola, a exposição à violência, a institucionalização, o uso de substâncias psicoativas, a criminalidade e a discriminação são elementos que dificultam a adoção de práticas de prevenção ao HIV. Evidenciou-se, também,

a relação entre a vulnerabilidade ao HIV e a fragilidade da vivência efetiva dos direitos sociais, econômicos e culturais, especialmente entre mulheres que são discriminadas por condutas, como o uso de substâncias psicoativas. Ainda que os dados sejam relativos a usuárias de drogas injetáveis, é possível pensar que a realidade vivenciada pelas usuárias de *crack* seja bastante semelhante, pois muitos dos fatores citados, como os discutidos ao longo deste trabalho, estão presentes em seus cotidianos e contribuem para o aumento de sua vulnerabilidade.

Nesse sentido, considerando-se que a baixa escolaridade (BASTOS ET AL., 2013; JORGE ET AL., 2013; RIBEIRO ET AL., 2012; TUCCI ET AL., 2010), as comorbidades psiquiátricas (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012; SCHEFER; PASA, 2010), os delitos e as situações de conflitos com a lei são fatores importantes e frequentemente associados ao uso de *crack*, é compreensível que a presença desses fatores nessa população, gerem maior vulnerabilidade (BASTOS ET AL., 2013; JORGE ET AL., 2013; RIBEIRO ET AL., 2012; TUCCI ET AL., 2010).

A tendência atual da mídia nacional em conotar a discriminação do usuário de *crack* e de culpabilizar esse indivíduo tem direcionado a atenção da sociedade para esse 'problema social' como algo distante, em detrimento de um olhar mais cuidadoso sobre a dimensão estrutural, que inclui os aspectos socioeconômicos, políticos, jurídicos, clínicos e culturais associados ao consumo dessa substância. Esse olhar enviesado, por sua vez, acaba reforçando o impacto da violência e do medo na população geral e pode estar contribuindo para a construção de políticas públicas reacionárias e conservadoras, baseadas no princípio de higienização da sociedade (MEDEIROS, 2010). Tal constatação pode ser entendida como uma das consequências negativas da política proibitiva do consumo de drogas. Tal política não está voltada para as questões de saúde pública e favorece a violação dos direitos humanos dos usuários de substâncias psicoativas (MENÉNDEZ, 2012).

Aliado à marginalidade e criminalidade

(HORTA ET AL., 2011; SELEGHIM ET AL., 2011) conferidas a essa população e às práticas sexuais de risco, existe o contundente estigma atribuído aos usuários dessa substância, construído em decorrência da discriminação veiculada pela mídia em torno da droga, que acaba por dificultar, ainda mais, a busca por serviços de saúde. Nesse sentido, faz-se necessária a inovação de práticas sociais e de saúde que consigam acessar esse público.

A despeito das informações mencionadas, a escassez de pesquisas inviabiliza muitas vezes a categorização das mulheres como um grupo para a constituição de programas terapêuticos mais adequados e sensíveis às suas prioridades e necessidades (BRASILIANO, 2005), o que permite pensar que a especificidade da feminilidade vem sendo marginalizada também no campo das dependências (OLIVEIRA; PAIVA, 2007; VENOSA, 2011). No entanto, estudos indicam que há necessidade de realização de grupos terapêuticos distintos para homens e mulheres (MESSINA ET AL., 2010; PRENDERGAST ET AL., 2011; VENOSA, 2011), provavelmente devido ao estigma social sentido pelas mulheres, impedindo-as de se exporem em grupos mistos.

Faz-se relevante a inclusão do contexto sociocultural em que ocorre o uso de *crack*, além dos fatores farmacológicos e epidemiológicos relacionados à atuação da droga no organismo, haja vista que a necessidade dos efeitos desejados no consumo dessa substância pode estar vinculada ao ambiente em que se oferece a droga e à conduta apropriada para a circulação nesse espaço (RAUPP; ADORNO, 2011).

Considerações finais

Poucos estudos a respeito do consumo de *crack* sob a perspectiva de gênero e de vulnerabilidade foram encontrados, o que sugere que as especificidades das questões de gênero vêm sendo marginalizadas no campo das dependências, muitas vezes inviabilizando a implementação de políticas públicas mais adequadas e sensíveis às necessidades dos

usuários, especialmente entre as mulheres.

A escassez de produções científicas que discutam as vulnerabilidades que permeiam o consumo dessa substância por sua vez, sugere que essas vulnerabilidades estão sendo pouco investigadas e podem estar dificultando o acesso desses usuários aos serviços de saúde, o que ressalta as fragilidades das políticas públicas de saúde, que não consideram a situação real dessa população ao planejar e implementar ações e acabam sendo pouco responsivas e eficazes.

Identificaram-se fatores implicados no aumento da vulnerabilidade entre os usuários de *crack*, principalmente entre as mulheres, os quais podem ser divididos em dois aspectos: anteriores ao consumo de *crack* (fatores de risco e proteção) e posteriores ao início do consumo (comportamentos de risco desenvolvidos para lidar com a dependência ou fissura). Maus-tratos na infância, convivência com familiares usuários, condições socioeconômicas e demográficas, tais como baixa escolaridade, pobreza e ser de cor negra foram apontados como fatores de risco para o início do consumo dessa substância. Entre os comportamentos de risco desenvolvidos para lidar com a dependência ou fissura, foram apontados a troca de sexo por droga ou dinheiro para comprar a droga, gerando comportamentos sexuais de risco, a reincidência da vitimização (exposição a situações de violência tanto com parceiro sexual quanto violência urbana por fazerem uso da droga em locais públicos), a criminalidade, o estigma social e a marginalização.

No entanto, cabe ressaltar que o conceito de vulnerabilidade é bastante amplo e deve-se levar em consideração não somente os aspectos individuais embutidos nessa temática, mas também os aspectos sociais, culturais, educacionais, de gênero, políticos e jurídicos que perpassam o consumo de *crack*. Além disso, as ações programáticas de prevenção e tratamento relativas ao problema encontram-se ainda incipientes, com enfoque atual em uma das etapas do tratamento

(internação), a qual sozinha não responderá às necessidades específicas dos usuários, além de infringir a ética e os direitos humanos desses cidadãos e aumentar ainda mais a vulnerabilidade a que estão sujeitos.

Os resultados deste estudo destacam a necessidade de se abordar o consumo de *crack* a partir de um planejamento conjunto de políticas públicas de saúde entre os níveis nacional, estadual e municipal a partir do conceito de vulnerabilidade. Em termos de tratamento, os resultados destacam a necessidade de se garantir que os profissionais que compõem a equipe de saúde sejam adequadamente treinados para lidar com os problemas decorrentes do consumo compulsivo de *crack*, assim como os comportamentos individuais de risco, os fatores socioculturais relacionados a esse consumo e as especificidades

de gênero, garantindo maior acesso e adesão dessa população. Acredita-se que os setores governamentais devam investir mais nos consultórios na rua como forma de acesso e vínculo a esses indivíduos, tendo a estratégia de redução de danos como política norteadora na atuação com esse segmento da população, que, muitas vezes, usa a rua para consumir. Deve-se considerar que as políticas proibitivas geram criminalização, perseguição e estigmatização desses usuários.

A escassez de estudos nacionais e internacionais que tragam contribuições significativas sobre a vulnerabilidade no abuso e dependência de substâncias psicoativas é uma realidade aqui constatada, revelando pouca reflexão acerca desse conceito nas políticas públicas de álcool ou outras drogas. ■

Referências

ASHER, C.J.; GASK, L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: qualitative study. *Biomed Central Psychiatry*, London, v.10, n.94, p.1-15, 2010.

ATKINSON, J.S. *et al.* Multiple sexual partnerships in a sample of African-American *crack* smokers. *AIDS Behavior*, Storrs, v.14, n.1, p.48-58, 2010.

ATTILIO, J.S. *et al.* Cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas ilícitas. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.24, n.1, p.101-106, 2011.

AZEVEDO, R.C.S.; BOTEAGA, N.J.; GUIMARÃES, L.A.M. *Crack* users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.29, n.1, p.26-30, 2006.

BASTOS, F.T. *et al.* Perfil dos usuários de *crack* ou similares no Brasil. Brasília: Fiocruz; Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Ministério da Justiça, 2013.

BERTOLOZZI, M.R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.43, n.2, p.1326-30, 2009.

BERTONI, N. *et al.* Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduction Journal*, Melbourne, v.8, n.5, p.1-10, 2011.

BRASILIANO, S. *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. 2005. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BROOK, J.S.; MOROJELE, N.K.; BROOK, D.W. Predictors of Drug Use Among South African Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, São Francisco, v.38, n.1, p.26-34, 2006.

- BUNGAY, V. *et al.* Women's health and use of crack cocaine in context, structural and "everyday violence". *International Journal of Drug and Policy*, London, v. 21, n.4, p.321-9, 2010.
- CARLINI, E.A. *et al.* II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007.
- CARVALHO, H.B.; SEIBEL, S.D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *CLINICS*, São Paulo, v.64, n.9, p.857-66, 2009.
- CHAVES, T.V. *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.6, p.1168-75, 2011.
- CHOI, Y. *et al.* Are Multiracial Adolescents at Greater Risk? Comparisons of Rates, Patterns, and Correlates of Substance Use and Violence Between Monoracial and Multiracial Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, v.76, n.1, p.86-97, 2006.
- CORSI, K.F. *et al.* Case management outcomes who use crack. *Journal of Evidence-Based Social Work*, Knoxville, v.7, n.10, p. 30-40, 2010.
- DANIULAITYTE, R.; CARLSON, R.G.; SIEGAL, H.A. "Heavy users", "controlled users" and "quitters": understanding patterns of crack use among women in a Midwestern City. *Substance Use and Misuse*, New York, v.42, p.129-152, 2007.
- DANIULAITYTE, R.; CARLSON, R.G. "To Numb Out and Start to Feel Nothing": Experiences of Stress Among Crack-Cocaine Using Women in a Midwestern City. *Journal of Drug Issues*, Tallahassee, v.41, n.1, p.1-24, 2011.
- DELAS, J. *et al.* Smoked cocaine in socially depressed areas. *Harm Reduction Journal*, London, v.7, n.27, p. 1-6, 2010.
- DERRINGER, J. *et al.* Genetic and environmental contributions to the diversity of substances used in adolescent twins: A longitudinal study of age and sex effects: Age and sex effects on substance use diversity. *Addiction*, Hoboken, v.103, n.10, p.1744-1751, 2008.
- DICKSON-GOMEZ, J. *et al.* The relationship between community structural characteristics, the context of crack use and HIV risk behaviors in San Salvador, El Salvador. *Substance Use and Misuse*, New York, v.47, n.3, p.265-277, 2012.
- DUAILIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.5545-57, 2008.
- GARCIA, J.; MUÑOZ-LABOY, M.; PARKER, R. Vulnerable salvation: Evangelical Protestant leaders and institutions, drug use and HIV and AIDS in the urban periphery of Rio de Janeiro. *Global Public Health*, New York, v.6, n.2, p.243-256, 2011.
- GÓMEZ GÓMEZ, E. Discriminación por sexo y sobre mortalidad femenina en la niñez. In: _____. *Gênero, mujer y salud em las Américas*. Washington: OPS, 1993. p. 27-45.
- GREENFIELD, S.F. *et al.* *Women and addiction: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press, 2009.
- GREENFIELD, S.F. *et al.* Substance Abuse Treatment Entry, Retention, and Outcome in Women: a review of the literature. *Drug & Alcohol Dependence*, Baltimore, v.86, n.1, p.1-21, 2007.
- GUINDALINI, C. *et al.* Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: Do they represent a different group? *BMC Public Health*, London, v.6, n.10, p. 1-7, 2006.
- HARZKE, A.J.; WILLIAMS, M.L.; BOWEN, A.M. Binge use of crack cocaine and sexual risk behaviors among african-american, HIV-positive users. *AIDS Behavior*, Storrs, v.13, n.6, p.1106-1118, 2009.
- HESS, A.E.B.; ALMEIDA, R.M.M.; MORAES, A.L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 1, p. 171-178, 2012.
- HORTA, R.L. *et al.* Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.2263-2270, 2011.
- JORGE, J.S.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.
- JORGE, M.S.B. *et al.* Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, 2013.

- KRAMER, T.L. *et al.* Physical Victimization of Rural Methamphetamine and Cocaine Users. *Violence and Victims*, New York, v.27, n.1, p.109-124, 2012.
- KULIS, S.; OKAMOTO, S.K.; RAYLE, A.D. Social Contexts of Drug Offers Among American Indian Youth and Their Relationship to Substance Use: An Exploratory Study. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, Minneapolis, v.12, n.1, p.30-44, 2006.
- KULIS, S.; MARSIGLIA, F.F.; HURDLE, D. Gender Identity, Ethnicity, Acculturation, and Drug Use: Exploring Differences among Adolescents in the Southwest. *Journal of Community Psychology*, Towson, v.31, n.2, p.167-188, 2003.
- KULIS, S. *et al.* Gender identity and substance use among students in two high schools in Monterrey, Mexico. *Drug & Alcohol Dependence*, Baltimore, v.95, n.3, p.258-268, 2008.
- LOGAN, T.K.; COLE, J.; LEUKEFELD, C. Gender differences in the context of sex exchange among individuals with a history of crack use. *AIDS Education and Prevention*, Bethesda, v.13, n.5, p.448-464, 2003.
- MALTA, M. *et al.* HIV/AIDS among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.42, n.5, p.830-837, 2008.
- MARSIGLIA, F.F. *et al.* Ethnicity and Ethnic Identity as Predictors of Drug Norms and Drug Use Among Preadolescents in the US Southwest. *Substance Use and Misuse*, New York, v.39, n.7, p.1061-1094, 2004.
- MARQUES, A.C.P.R. *et al.* Abuso e dependência: crack. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.58, n.2, p.141-153, 2012.
- MEDEIROS, R. Clínica e croni(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In: SAPORI, L.F.; MEDEIROS, R. (Org). *Crack: um desafio social*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. p.165-220.
- MENÉNDEZ, E. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, Lanus, v.8, n.1, p.9-24, 2012.
- MESSINA, N.; *et al.* A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, New York, v. 38, n. 2, p. 97-105, 2010.
- MORAES, M. Algumas implicações da ética punitiva e da ética fragmentária para as lutas contra-hegemônicas no campo das políticas públicas sobre drogas: na trilha das provocações atrevidas de Roberto Éfrem Filho. In: MEDRADO, B. *et al* (Org.). *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto PAPAÍ, 2010. p. 167-176.
- MURPHY, D.A. *et al.* Substance Use in Vulnerable Patients with Orofacial Injury: prevalence, correlates, and unmet service needs. *The Journal of Trauma*, Baltimore, v.66, n.2, p.477-484, 2009.
- NACHER, M. *et al.* Crack cocaine use increases the incidence of AIDS-defining events in French Guiana. *AIDS*, London, v.23, n.16, p.2223-6, 2009.
- NAPPO, S.A. *et al.* Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID, 2004.
- NAPPO, S.A.; SANCHEZ, Z.V.D.M; RIBEIRO, L.A. Avaliação e conduta em situações específicas: troca do sexo por crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.
- NARVAEZ, J.C.M *et al.* Childhood trauma, impulsivity, and executive functioning in crack cocaine users. *Comprehensive Psychiatry*, Philadelphia, v. 53, p. 238-244, 2012.
- OLIVEIRA, L.; NAPPO, S. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão e uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.4, p.664-671, 2008.
- OLIVEIRA, J.F; PAIVA, M.S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.625-631, 2007.
- PRENDERGAST, M.L. *et al.* The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, New York, v. 40, p. 336-348, 2011.
- RAUPP, L.; ADORNO, R.C.F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2613-2622, 2011.

- RIBEIRO, M. *et al.* Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- RIBEIRO, L.A.; SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.210-218, 2010.
- ROBERTSON, A.A.; XU, X.; STRIPLING, A. Adverse Events and Substance Use among Female Adolescent Offenders: Effects of Coping and Family Support. *Substance Use and Misuse*, New York, v.45, n.3, p.451-472, 2010.
- RODRIGUES, D.S. *et al.* Conhecimentos produzidos acerca do *crack*: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1247-1258, 2012.
- SANCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.319-324, 2007.
- SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n.4, p.420-430, 2002.
- SCAVONE, L. Estudos de gênero: uma sociologia feminista? *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v.16, n.1, p.173-186, 2008.
- SCHEFFER, M.; PASA, G.G. Dependência de álcool, cocaína e *crack* e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.
- SCHÖNNESSON, L.N. *et al.* A cluster analysis of drug use and sexual HIV risks and their correlates in a sample of African-American *crack* cocaine smokers with HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, Limerick, v.97, n.1-2, p.44-53, 2008.
- SELEGHIM, M.R. *et al.* Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, n.5, 2011.
- SILVA, V.N.; D'OLIVEIRA, A.F.; MESQUITA, F. Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.2, p.22-30, 2007.
- STEVENS-WATKINS, D. *et al.* Racism and Illicit Drug Use Among African American Women: The Protective Effects of Ethnic Identity, Affirmation, and Behavior. *Journal of Black Psychology*, Washington (DC), v.38, n.4, p.471-496, 2012.
- TAYLOR, B. *et al.* *Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas*. Washington (DC): PAHO, 2007.
- TIBURCIO, N.J.; TWIGGS, R.; DUNLAP, E.E. Hurricane changes: examining enhanced motivation to change drug using behaviors among Katrina evacuees. *Anuario de Investigación en Adicciones*, Guadalajara, v.10, n.1, p.79-95, 2009.
- TIMPSON, S. *et al.* A Psychosocial Comparison of New Orleans and Houston *Crack* Smokers in the Wake of Hurricane Katrina. *Substance Use and Misuse*, New York, v.44, n.12, p.1695-1710, 2009.
- TRACTENBERG, S.G. *et al.* Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de *crack*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.61, n.4, p.206-13, 2012.
- TUCCI, A.M.; KERR-CORRÊA, F.; SOUZA-FORMIGONI, M.L.O. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, Baltimore, v. 34, p.95-104, 2010.
- VARGENS, R.W.; CRUZ, M.S.; SANTOS, M.A. Comparação entre usuários de *crack* e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.19, p.804-812, 2011.
- VENOSA, P.A.S. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. *Revista da SPAGESP*, São Paulo, v.12, n.1, p.56-65, 2011.
- VARGENS, R.W.; CRUZ, M.S.; SANTOS, M.A. Comparação entre usuários de *crack* e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, p.804-812, 2011.
- VIOLA, T.W. *et al.* Childhood physical neglect associated with executive functions impairments in *crack* cocaine-dependent women. *Drug and Alcohol Dependence*, Limerick, v. 132, p. 271-276, 2013.

VOLKOW N.D. *et al.* Effects of route of administration on cocaine induced dopamine transporter blockade in the human brain. *Life Science*, Oxford, v.67, p. 1507-15, 2000.

ZENKER, C. Sucht und Gender. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, Berlin, v. 48, p. 469-476, 2005.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em março de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: FAPESP processo nº 2011/00188-4

Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental

Use of benzodiazepines and drug strategies in mental health

Gabriela de Almeida Ricarte Correia¹, Ana Paula Soares Gondim²

RESUMO: O artigo enfoca a heterogeneidade no uso de benzodiazepínicos, sob o enfoque farmacêutico, observada nos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde da Família. Os benzodiazepínicos estão incluídos entre os medicamentos mais prescritos para tratar distúrbios de ansiedade. Os avanços da reforma psiquiátrica, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e o redirecionamento das atividades de saúde primária tornam imperiosa a adequação da prática farmacêutica através de atividades de orientação e acolhimento ao usuário de benzodiazepínicos.

PALAVRAS-CHAVE: Receptores de GABA-A; Farmacoterapia; Acolhimento.

ABSTRACT: *This article focuses on the discrepancies in the use of benzodiazepines, under the pharmaceutical approach, observed daily in Centers of Psychosocial Care (Caps) and in Basic Units of Family Health. Benzodiazepines are among the most prescribed medications for the treatment of anxiety disorders. Advances in psychiatric reform, the creation of Caps and the new approach to primary health activities make imperative the adequacy of pharmaceutical practice through guidance and care activities to benzodiazepines' users.*

KEYWORDS: *Receptors GABA-A; Drug therapy; User embracement.*

¹Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Vale do Salgado (FVS) - Icó (CE), Brasil. Farmacêutica das Unidades Básicas de Saúde da Família da AVISA 1 e NASF 1 da Prefeitura Municipal de Maracanaú - Maracanaú (CE), Brasil. gabriela_ricarte@yahoo.com.br

²Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Rio de Janeiro. Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil. anapaulasgondim@uol.com.br

Introdução

Conforme Acioly (2012), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se consolidado como uma política social eficiente para muitos brasileiros, mesmo enfrentando dificuldades. Sabe-se que os instrumentos a serem observados nas políticas de saúde devem priorizar transformações na qualidade da assistência, envolvendo aspectos éticos, de compromisso, adesão e responsabilidade de todos os participantes, agregando indicadores epidemiológicos e resultados que contribuam para mudanças na atenção à saúde dos usuários.

O esforço para consolidar o SUS se revela na expansão e qualificação da atenção primária, que ainda permanece em segundo plano no tocante a ações de promoção à saúde e de desenvolvimento da gestão de políticas intersetoriais (FERNANDES, 2012).

De acordo com Santos, Junior e Sampaio (2012), a transformação das práticas assistenciais é um desafio, já que a formação dos profissionais continua atrelada ao modelo médico-centralizador, dificultando, assim, a compreensão do processo saúde-doença e suas intervenções.

Barretto (2011) relata que, no Ceará, o movimento de reforma sanitária adquiriu características de transformação nos saberes e nas práticas de saúde, ampliando a cobertura dos serviços de atenção primária e secundária. A implantação do SUS no Ceará contrastou com o cenário de pobreza e adversidades climáticas. No entanto, a efetividade dos sistemas de saúde necessita de reestruturação, reduzindo custos e alterando perfis de morbimortalidade (GADELHA ET AL, 2012).

No que se refere ao sofrimento psíquico de milhões de brasileiros relatados em vários trabalhos, sejam eles observacionais ou de outra natureza, propagou-se a ideia de um SUS direcionado à prevenção e ao assistencialismo, por meio de ações educativas em saúde primária nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Os Caps são unidades locais e regionais que oferecem atendimento diário aos pacientes portadores de sofrimento psíquico, permitindo que o usuário permaneça junto aos familiares e à comunidade, apoiando iniciativas de autonomia e bom convívio social (QUADROS ET AL, 2012).

O objetivo deste estudo é o de realizar revisão bibliográfica sobre saúde mental e o uso de benzodiazepínicos por pacientes portadores de algum transtorno mental, relacionando a atuação farmacêutica no desenvolvimento de estratégias educativas de acolhimento e orientação ao usuário desses medicamentos. Visa, ainda, despertar o interesse pela saúde mental no tocante à área farmacêutica e medicamentosa, haja vista o elevado consumo de benzodiazepínicos pelos usuários portadores de algum transtorno mental. Percebe-se que muitos pacientes, gestores e demais profissionais de saúde ainda desconhecem a relevância da participação do farmacêutico como orientador e disseminador de informações viáveis que contribuam para um melhor acompanhamento farmacoterapêutico.

A área da saúde mental passou por importantes transformações sendo um tema bastante debatido entre os vários segmentos da sociedade, sejam eles sociais, políticos ou econômicos. De acordo com Menezes e Yasui (2009), a psiquiatria advém de uma tradição asilar e normatizadora exercida no hospital psiquiátrico, estando protegida das ambiguidades e ilogicidades do seu discurso fundante. As críticas ao hospital psiquiátrico nasceram com o próprio aparecimento do hospital, e com o advento da 2ª Guerra Mundial.

Esses questionamentos favoreceram o surgimento de diversos movimentos que culminaram reformas psiquiátricas, que consiste em um processo de construção no Brasil e no mundo, não ocorrendo de forma consensual e homogênea. Tal manifesto relaciona-se com questões históricas, econômicas, políticas e culturais que caracterizam diferentes regiões e, como todo manifesto,

apresenta composição heterogênea, incluindo profissionais, familiares, usuários e a sociedade (CAMINO ET AL, 2009).

A retomada do processo de discussão dos rumos da política nacional de saúde mental deu-se no ano de 2010 com a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, destacando a intersetorialidade como elemento primordial na construção de redes assistenciais mais resolutivas. A necessidade de um modelo humanizado e participativo parte do pressuposto do protagonismo dos usuários de saúde mental e da participação de cuidadores, profissionais, família e comunidade. Buscam-se dessa forma compreender como aconteceu a reforma psiquiátrica e sua contribuição no contexto da saúde mental, por entender que o conhecimento permite a correção do mau uso dos pressupostos de integração defendidos na reforma psiquiátrica (COSTA; PAULON, 2012).

Oliveira e Alessi (2005) salientam que a reforma, no Brasil, foi desencadeada num momento de intensa mobilização social pelo retorno da ordem democrática, sendo fortemente influenciada por movimentos de reforma na assistência psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos a partir da segunda metade do século XX. Tal reforma é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, compreendendo um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Conforme Rinaldi e Bursztyrn (2008), a reforma psiquiátrica propiciou novas formas de abordar o sofrimento do portador de transtorno mental através de proposta inovadora operada por equipe multidisciplinar que se dedica à execução de atividades amplas de cuidado tanto para o usuário como para a família.

De acordo com Alverga e Dimenstein (2006), apesar dos avanços evidenciados em nível local e nacional, ainda existem muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em

liberdade. Questões de destaques, como a forma de alocação dos recursos financeiros, aumento considerável da demanda em saúde mental, fragilidade em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional são alguns dos inúmeros desafios que insistem em perdurar.

As mudanças ocorridas ao longo do tempo têm tornado os portadores de transtorno mental e seus familiares protagonistas de um processo que tenta inovar as formas de atenção e cuidado por meio do auxílio de profissionais comprometidos com o processo de acolhida de seus clientes (MORENO, 2009).

Nesse sentido, a implantação dos Caps representou um novo olhar para a dinâmica de cuidado com esse paciente, uma vez que tais centros evidenciam novas formas de terapêutica; não somente a, tão arraigada, terapêutica medicamentosa, mas sim uma proposta consciente e aliada a outras formas de acolhimento, como oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, grupos educativos entre outros.

Portanto, compreender o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento, norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento das funções de assistência direta como na regularização da rede de serviços de saúde (SCHNEIDER, 2008).

Observa-se, durante a prática farmacêutica evidenciada em diferentes estudos, que a prescrição de benzodiazepínicos é expressiva, necessitando de atenção direcionada ao usuário. O profissional farmacêutico, atuando de forma integrada às equipes de saúde da família e saúde mental, presta apoio especializado, i.e., suporte assistencial e técnico pedagógico, não devendo se restringir a atividades essencialmente administrativas e de suprimento da medicação, que, algumas vezes, distanciam o profissional farmacêutico das atividades assistenciais.

O papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar é eclético, incluindo reuniões com as equipes dos Núcleos de Apoio a

Saúde da Família (NASF), grupos de educação em saúde, atividades comunitárias, visita domiciliar, atendimento conjunto com outros profissionais de saúde, atendimento familiar ou individual e educação permanente.

Alguns temas podem ser abordados pelo farmacêutico na saúde mental, como a correta utilização das diferentes formas farmacêuticas, justificativas para uso do medicamento por determinado tempo, esclarecimento sobre possíveis reações adversas e interações medicamentosas, automedicação, uso de fitoterápicos e questões relacionadas ao acesso e uso abusivo de medicamentos.

Diante da medicalização da sociedade moderna e das consequências dessa prática, o farmacêutico desempenha o papel de facilitador para o paciente e sua família, promovendo seu empoderamento em relação à terapêutica medicamentosa. Sabe-se que a promoção do uso racional de medicamentos é um tema complexo e perpassado por diversas variáveis, tais como marketing da indústria farmacêutica, combate ao uso indiscriminado, deficiência de informações, entre outros.

Os benzodiazepínicos são indicados para o tratamento da ansiedade severa, insônia, epilepsia, espasmos musculares, síndrome de abstinência alcoólica e como adjuvante no tratamento da esquizofrenia (FIRMINO ET AL, 2012).

São drogas com atividade ansiolítica, cujo uso se iniciou na década de 1960, sendo o clordiazepóxido o primeiro benzodiazepínico lançado no mercado. Tal grupo de medicamentos foi receitado em larga escala, já que produzia atividades miorrelaxantes e hipnóticas. Entretanto, observaram-se casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, síndrome de abstinência e dependência entre usuários crônicos (ORLANDI; NOTO, 2005).

Cerca de 2% da população dos Estados Unidos recebe prescrição de pelo menos um benzodiazepínico durante um ano ou mais e, destes, aproximadamente 50% fazem uso por mais de cinco anos (NOMURA, 2006).

Após estudo transversal com coleta retrospectiva de dados, Firmino *et al.* (2012),

informaram que o consumo de benzodiazepínicos em 2006 totalizou 522.436 comprimidos de Diazepam 10 mg e 303.629 comprimidos de Clonazepam 2 mg. Dessas prescrições, 75% destinavam-se a mulheres e homens adultos com média de idade de 49,7 anos. As mulheres corresponderam a 74,3% e o homens, a 25,7% dos usuários de benzodiazepínicos do Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano-MG. Ainda de acordo com o referido estudo, cerca de 70% das indicações foram consideradas inadequadas.

Os dados da pesquisa foram condizentes com estudo realizado no município de São Paulo, que confirmou a ocorrência de usos indevidos de benzodiazepínicos no Brasil em duas faixas etárias principais: uma delas representada por idosos que buscam, principalmente, o efeito hipnótico da medicação, e a outra, composta por indivíduos de meia idade, predominantemente do sexo feminino, que buscam o efeito ansiolítico (ORLANDI; NOTO, 2005).

Estudo realizado nos serviços psiquiátricos das Casas André Luiz em relação ao uso de benzodiazepínicos mostra que dos 787 pacientes estudados, 618 (78,53%), tiveram sua última avaliação psiquiátrica há mais de dois anos. Destes, 206 (26,18%) estavam em uso de psicotrópicos, sendo 47 deles, ou 5,97% da população, sob uso de benzodiazepínicos. Tais dados revelam que é imperioso um trabalho contínuo e compartilhado entre profissionais que compõem a rede de saúde mental para que tal problema seja sanado, uma vez que os pacientes sob uso de medicações especiais, a exemplo de psicotrópicos, neurolépticos e antidepressivos, necessitam de cuidados diários e consultas regulares para análise dos efeitos das medicações no seu estado geral (TOLEDO, 1993).

O acompanhamento das dificuldades mostra que o saber médico e as práticas de medicalização são importantes no serviço e que os profissionais não colaboram na promoção de alternativas não farmacológicas para alguns problemas de saúde mental (SENA; JORGE, 2011).

Conforme Mordon e Habner (2009), a maioria dos problemas de origem psicológica ou psicossocial é vista pelo clínico geral no atendimento primário, que, caso não seja realizado corretamente, pode conduzir a um círculo vicioso de dependência por anos. De acordo com os autores, não há trabalhos brasileiros avaliando a prescrição de benzodiazepínicos na atenção primária.

Pelos estudos analisados, percebe-se uma crescente tendência de incorporar benzodiazepínicos como fármacos prescritos rotineiramente para o alívio de sintomas depressivos, ansiolíticos e hipnóticos. Tendo em vista o risco de dependência física que esses medicamentos causam, aliado aos interesses na área de saúde mental, constata-se que é crescente o consumo de benzodiazepínicos, em especial o Diazepam 5mg, o que requer nova postura do farmacêutico ao exercer um trabalho comprometido e dedicado junto ao usuário de medicamentos, com informações direcionadas a ele e sua família, pois é sabido que há carência de informações e cuidados assistenciais. Dessa forma, o farmacêutico poderá comparecer a reuniões de debates dos casos clínicos, analisando prontuários com médicos e enfermeiros, além de trabalhos conjuntos com terapeutas ocupacionais

e psicólogos, de modo a propiciar trocas de informações sobre o medicamento e promover uma farmacoterapia exitosa.

Considerações finais

Percebe-se o anseio da população atendida nos centros de atenção psicossocial e em outros serviços de atenção primária por atividades de orientação e informação sobre o uso racional e correto de medicamentos, incidindo aí o papel do farmacêutico tanto nas Unidades de Saúde da Família como nos Centros de Atenção Psicossocial.

Berto, Júnior e Neto (2009) sustentam que a presença e ação do farmacêutico nos estabelecimentos de saúde é fundamental para o uso racional dos medicamentos, pois tal ação requer a aplicação de conhecimento técnico-científico aprofundado, avaliando reações adversas e interações, entre outros aspectos.

Partindo-se dessa premissa, entende-se que o contexto do uso de benzodiazepínicos é complexo e multifatorial e que programas de atenção farmacêutica direcionados ao uso de psicotrópicos são essenciais para acrescentar informações sobre os riscos da utilização desses medicamentos. ■

Referências

ACIOLY, G.G. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 684-694, 2012.

ALVERGA, A.R; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

BARRETO, I.C.H.C. *et al.* Reforma Sanitária no Ceará: lutas e conquistas em um cenário adverso. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.35, n.90, p. 387-395, 2011.

BERTO, Y. M.; FREITAS JÚNIOR, L. M.; GONÇALVES NETO, V. S. Avaliação da atenção farmacêutica prestada pelas farmácias comunitárias no município de São Luís, MA. *Infarma*, Brasília, v. 21, n. 5/6, p. 17-23, 2009.

- CAMINO, L. *et al.* Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009.
- COSTA, D.F.C.; PAULON, S. M. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012.
- FERNANDES, V.R. Rio + 20, saúde e derretimento das geleiras. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. especial, p. 17-19, 2012.
- FIRMINO, K.F. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 157-166, 2012.
- GADELHA, C.A.G. *et al.* O complexo econômico-industrial da saúde: elementos para uma articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 21-30, 2012.
- MENEZES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 217-226, 2009.
- MORDON, D.G.; HUBNER, C.V.K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 66-69, 2009.
- MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 566-572, 2009.
- NOMURA, K. *et al.* Regular prescriptions for benzodiazepines: A Cross- Section l study of outpatients at University Hospital. *Intern. Med*, Tokyo, v. 45, n. 22, p. 1279-1282, 2006.
- OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 91-203, 2005.
- ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-Americana*, São Paulo, v. 13, n. especial, p. 896-902, 2005.
- QUADROS, L.C.M. *et al.* Transtornos psiquiátrico menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública*, v. 28, n. 1, p. 95-103, 2012.
- RINALDI, D.L.; BURSZTYN, D.C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 32-39, 2008.
- SANTOS, E.C.; ROTA JUNIOR, C.; SAMPAIO, C.A. As formas de cuidado na percepção do trabalhador da Atenção Primária prestada aos usuários portadores de transtorno mental do município de Cristália, Minas Gerais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 68-76, 2012.
- SCHNEIDER, A.R. A construção da rede de atenção em saúde mental de um município do Sul do Brasil. *Revista Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.28, p. 124-135, jan./jun. 2008.
- SENA, J.M.F.; JORGE, M.S.B. Subjetividades produzidas no cotidiano do Caps: sujeito, práticas e relações. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 445-453, 2011.
- TOLEDO, M.L. Uso de medicação psicotrópica em uma grande instituição para deficientes mentais. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 15-20, 1993.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva

The everyday crisis of mental health services: the challenge of experiencing deviations and encouraging inventive power

Aline Monteiro Garcia¹, Hellen de Castro Pena Costa²

RESUMO: Este artigo parte das práticas em saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) para discutir as concepções de crise que circulam no cotidiano desse serviço. Aqui a crise aparece como mais um sintoma a ser sanado pelas terapias e medicações ou prevenido pelo poder de polícia. No entanto, se aposta na potência inventiva da crise como momento catalisador da construção de novos territórios existenciais para esses sujeitos em sofrimento. Utilizou-se um caso como acontecimento analisador para que, a partir da sustentação de tal crise no Caps, os serviços repensem seu modo de organização e os profissionais possam colocar em análise os afetos produzidos por tal acontecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção na crise; Saúde mental; Criatividade.

ABSTRACT: *This article grounds on the mental health practices of a Psychosocial Attention Center (Caps) to discuss the conceptions of crisis inherent to the daily life of that service. Here, the crisis appears as another symptom to be cured by therapies and medications or to be prevented by police power. However, we can invest on the creative power of the crisis as catalyst for the building of new existential territories to those persons in pain. We chose a parsing event case for, from Caps support to such crisis, the services to rethink their organization and the professionals to review the affections produced by such event.*

KEYWORDS: *Crisis intervention; Mental health; Creativity.*

¹Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil. Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Sonho Real - Porto Real (RJ), Brasil. Professora da Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. alinegarcia_psic@yahoo.com.br

²Especialista em clínica psicanalítica pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB/UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Sonho Real - Porto Real (RJ), Brasil. linhacosta@gmail.com

Introdução

As reflexões contidas neste texto emergem da prática das autoras como psicólogas de um Centro de Atenção Psicossocial I (Caps I), que atende pacientes com transtornos mentais graves ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. No município que sedia esse serviço, localizado no sul do Estado do Rio de Janeiro, vivem cerca de 17 mil habitantes, que contam com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), ambulatórios e um hospital geral municipal. Ainda que no município vizinho exista um antigo hospital psiquiátrico em pleno funcionamento, a aposta atual do Programa de Saúde Mental é evitar ao máximo que se internem pacientes em crise nesse manicômio.

É histórica a prática de internar, nesse hospital psiquiátrico, todo e qualquer tipo de ‘desvio’ dos padrões esperados de comportamento. No entanto, outros destinos possíveis estão sendo construídos para os momentos difíceis dessa população.

A articulação com a atenção básica e com o hospital geral, no que tange às questões de saúde mental, está crescendo e dando bons frutos, apesar das dificuldades e resistências à nova política ainda se fazerem presentes no cotidiano. O próprio reconhecimento do Caps como dispositivo de atendimento à crise também acontece, o que incita a pensar como isso pode ser alterado. Desse modo, discute-se aqui um momento de crise, visto como acontecimento analisador¹ que mobiliza este dispositivo, cujo entendimento dado por Foucault (1979, p. 244) é:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos.

O acontecimento-crise mobilizou o dispositivo, que, encarnado em falas, medos, pedidos de leis e normas pela equipe do Caps, fez levantar a poeira do instituído, trazendo à tona o dito e o não dito, produtores dos tensionamentos nos modos de atendimento à crise no atual momento da reforma psiquiátrica.

Sendo assim, este texto visa utilizar tal acontecimento como analisador, com o objetivo de lançar outros olhares sobre esse momento, que, à primeira vista, parece algo difícil e complexo de contornar, podendo servir como abertura a novos modos de existência, abrindo caminhos a outros modos de funcionar, seja dos pacientes, seja do próprio serviço. A intenção é que a crise passe a ser tomada em sua positividade, e não apenas como algo negativo que, apesar de mobilizar sentimentos como medo, raiva, e, por vezes, até mesmo agressões, possa trazer elementos para a análise das práticas e organização do serviço.

Entre gritos e medos, quais criações possíveis? – (re)viendo a crise

Gritos, cadeiras ao alto, mesas jogadas, telefone quebrado, agressividade. Eis um momento de surto de uma paciente no Caps. A equipe, pega de surpresa, precisa agir prontamente; algo tem que ser feito. Mas o ocorrido não parou por aí: reverberou na equipe, produziu efeitos, incômodos. Circulavam discursos demandando o poder policial. Foi dito que, talvez, uma solução para o ocorrido seria a de ter um guarda municipal de plantão no Caps, uma farda que colocaria respeito, que poderia prevenir as crises. Era preciso manter a paz e, nos casos em que ela fosse rompida, restaurá-la. A crise, tomada em seu aspecto negativo, precisa ser sanada, impedida, por um poder que a vigie; ou seja, que teoricamente a impeça de se manifestar, para proteger e garantir a suposta regularidade do cotidiano do serviço.

A demanda por um poder policial incumbido de vigiar para evitar outras crises remete à atualização de forças de normalização,

¹Segundo Lourau (1993), é um acontecimento que faz surgir, com mais força, uma análise, fazendo irromper a instituição “invisível”. Esse conceito será trabalhado ao longo do texto, bem como a interrelação entre instituído, instituinte e instituição.

analisadas por Foucault naquilo que ele chama de sociedade disciplinar. Ainda que, segundo Deleuze (1992) se esteja vivendo um momento histórico de passagem das disciplinas ao controle, não se tem aí uma passagem definitiva. Há embate de forças e, ainda hoje, se atualizam cotidianamente as práticas disciplinares.

O risco de novas crises, que deve ser minimizado, informa sobre a necessidade de controlar não o que o indivíduo faz ou é, mas o que pode vir a ser. Veem-se aí processos de normalização e disciplinas que remontam aos séculos XVIII e XIX. A disciplina toma os indivíduos como objeto de saber e instrumentos de poder. Por meio de um regime de visibilidade voltado para vigiar e corrigir, para adequar à norma, a disciplina fabrica sujeitos. As disciplinas dizem respeito a um modo de exercício de poder que atua nos detalhes, qualificando e reprimindo comportamentos e expressões que escapam ao que é definido como normal.

Através da disciplina, aparece a norma, que, ao final da era clássica, tem a regulamentação e a vigilância como instrumentos de poder. Esse poder de regulamentação, em certo sentido, força uma homogeneidade, porém, individualiza, medindo os desvios e ajustando as diferenças. Entra em cena o exame, como técnica de geração de visibilidade, classificação e hierarquização. Fica clara, no exame, a superposição da produção de saberes e o exercício de poderes sobre o sujeito. Mas não quaisquer poderes e saberes. Desse modo, o poder da norma introduz uma gradação de diferenças individuais dentro de uma homogeneidade, que é a regra. Com a norma, tem-se a passagem de uma regularidade observada a um regulamento a ser seguido (FOUCAULT, 2000).

A regra, no caso analisado, seria supostamente um cotidiano sem grandes problemas, no qual os pacientes viriam ao serviço tranquilos, sem maiores 'alterações' de comportamento, sem causar situações que escapem à predição e ao controle. E para garantir o poder da norma, há o exame.

O exame dá destaque à visibilidade do sujeito por meio de uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. O indivíduo torna-se um 'caso', com história, descrição e projeções. Desse modo, pode-se ver, no caso da crise da referida paciente, a realização de técnicas de exame: discutiu-se o caso em reunião de equipe, retomou-se sua história, foram feitas propostas – produção de saber, atravessadas por relações de poder que reivindicavam 'ordem' e 'respeito' a serem garantidos por um poder policiaresco, materializado nos agentes da guarda municipal.

Foucault (2000) analisa uma construção da época moderna que deixa evidente o exercício do poder disciplinar: o panóptico, organização arquitetônica em que todas as celas estão de frente para uma torre central, na qual pode estar um vigia. Ele observa todos, mas eles não se veem, não se comunicam nem têm certeza de que alguém realmente os observa daquela torre (FOUCAULT, 2000).

Sendo assim, a vigilância é permanente e internalizada pelo vigiado, pois, ao não ter certeza que está sendo vigiado, age como se estivesse constantemente, a fim de evitar os efeitos punitivos que comportamentos desviantes poderiam causar. Assim, o panóptico fabrica os mesmos efeitos de poder, que atua no corpo, para atingir a alma, produzindo subjetividades que internalizam a norma. O modelo panóptico passa a ser utilizado em outros estabelecimentos: escolas, oficinas, hospitais, internatos, dentre outros.

A extensão das instituições disciplinares no século XVIII é resultante de profundos processos de transformação social: a disciplina não mais se dedica apenas a neutralizar perigos ou evitar inconvenientes. A partir de então, visa a aumentar a utilidade possível dos indivíduos. Além disso, a disciplina passa a não mais ter sua atuação restrita aos estabelecimentos disciplinares; a vigilância se externaliza para além dos muros, e passa a exercer controle na vida cotidiana dos indivíduos, por mecanismos sutis, aparentemente bem intencionados. Ocorre também

a centralização de mecanismos de disciplina em aparatos do Estado – especialmente através da polícia, compondo uma vasta rede hierarquizada que deve exercer poder por meio de uma vigilância permanente, exaustiva, onipresente, capaz de tornar tudo visível; tudo o que acontece deve ser controlado – a massa dos comportamentos, ações, opiniões, acontecimentos. Assim, “o soberano, com uma polícia disciplinada, acostuma o povo à ordem e à obediência” (FOUCAULT, 2000, P. 177).

Mas será a crise uma questão necessariamente de afronta à ordem e à moral? De acordo com a definição do dicionário Houaiss (2004), crise significa:

1. Estado de manifestação aguda ou agravamento de doença física, mental ou emocional
2. manifestação repentina de um sentimento
3. estado de incerteza e vacilação
4. fase crítica de uma situação
5. momento de desequilíbrio emocional (HOUAISS, 2004, P. 201).

O próprio dicionário define a crise como um momento agudo, repentino, de incertezas, e, pode-se dizer, como algo imprevisível, no sentido que, por mais que se conheça um paciente, ele pode surpreender com um determinado repertório de comportamentos provocado por um momento de desequilíbrio emocional, vindo a gerar manifestações inesperadas.

Etimologicamente falando, o vocábulo crise vem do grego *krisis*, verbo *krinein*, que significa separar ou decidir. Era usado pelos médicos antigos para referir-se a um estado do paciente no qual haveria um desfecho: cura ou morte. Indicava, então, que algo se irrompe, e por isso, deve ser analisado, pois ali os médicos teriam que analisar os sintomas e agir no sentido de decidir se o paciente viveria ou morreria. Tratar-se-ia, então, de uma situação nova, aguda, que mereceria atenção e especial análise. Daí também deriva o termo ‘crítica’, que significa análise ou estudo de algo para emitir um

juízo, e critério, que seria a racionalidade adequada para tal.

Remete-se à Guattari (2008) para ampliação da análise sobre a crise em termos de sua produção histórico-social. Esse autor mostra que vivemos no chamado Capitalismo Mundial Integrado (CMI), que produz subjetividades do tipo capitalísticas, e trata a subjetividade não por sua essência, mas como produção. Para ele, o que é produzido pela subjetividade capitalística, o que nos chega via mídia, família e todos os equipamentos sociais que nos rodeiam não são apenas ideias, mas sistemas de conexão entre as grandes máquinas produtoras de controle social e as instâncias psíquicas, a maneira de perceber o mundo.

Guattari (2008) acrescentou o sufixo ‘ístico’ ao vocábulo capitalista por sentir a necessidade de criar um termo que pudesse designar não apenas as sociedades qualificadas como capitalistas, mas também setores do chamado Terceiro Mundo, bem como as economias socialistas de países do leste. Tais sociedades, segundo o autor, funcionariam com uma mesma política do desejo no campo social, com o mesmo modo de produção de subjetividade e de relação com o outro. O CMI não restringe seus focos de poder às estruturas de produção de bens e serviços, mas, através principalmente do controle que exerce sobre a mídia, amplia o exercício de poder para as estruturas produtoras de signos, de sintaxe e de subjetividade (GUATTARI, 2005). A subjetividade capitalística é engendrada de modo a descartar da existência os acontecimentos que podem atrapalhar e perturbar a opinião. Sendo assim, qualquer dissenso e produção singular de existência deveriam ser evitados ou avaliados e aprovados por aparelhos e quadros de referência especializados (GUATTARI, 2005).

Sendo a crise um acontecimento inédito, rompe intempestivamente a suposta linearidade da existência humana. Pensa-se que a necessidade de prevenção ou contenção, e a aposta neste tipo de intervenção, atua no sentido de favorecer o instituído, o aumento da condição crônica desses pacientes, que, por

apresentarem repetidas crises, acabam tendo seus vínculos rompidos ou enfraquecidos: trabalho, família, amigos, relacionamentos amorosos. Rompidos, porque a crise só costuma expor seu caráter destrutivo. Mas essa destruição pode comportar algo de criativo.

No entanto, não é fácil se deslocar dos lugares confortáveis, circunscritos. O instituído, entendido como aquilo que é congelado, estático, que tende a não mudar, que comporta forças para sua conservação está em constante tensionamento com forças instituintes, que tendem a transformar a vida social e são dinâmicas, criativas. Sendo assim, a vida é tida como um processo cambiante por excelência, que se desenrola na relação, no tensionamento entre instituído e instituinte. As forças instituintes produzem novos instituídos; e estes, para serem úteis à vida social, precisam estar sempre abertos à ação instituinte. Então, o acontecimento-crise mostra que ordem e normalidade são ilusórias, pois as forças instituintes estão em constante tensionamento com o instituído, forçando rupturas em seu funcionamento (BAREMBLITT, 1994).

Se a crise for entendida como algo intrínseco à vida, assumindo que abarca não só a estabilidade, mas o próprio caos como possibilidade de desvio, potência criativa, há outra aposta possível. Aqui, pode-se recorrer à discussão que Rolnik (1992) faz sobre o homem da moral e o homem da ética. Segundo a autora, esses são vetores que constituem a subjetividade. O homem da moral transita no visível, age de acordo com os códigos, o conjunto de valores e regras de ação compartilhados em sociedade, fundamentais para a nossa sobrevivência. Mas a existência humana não se resume a isso; caso contrário, não existiriam os desassossegos, as inquietações com esses códigos, o caos, a desordem. O homem da ética seria aquela dimensão da nossa subjetividade que se move no invisível. Ele ativa uma perspectiva de abertura para a virtual diferenciação que acontece no encontro com o outro, tornando-se um veículo de atualização dessa diferença no visível, criando novos modos de

subjetivação, de existência e de sociedade.

Sendo assim, a crise, esse momento perturbador, desconfortável, quando acolhido em seu potencial transgressor, possibilita que os fragmentos se reorganizem e produzam novos modos de existência. Vista como um lugar micro, da eclosão do novo, de funcionamento caótico, porém potente, pode produzir outras conexões, ganhar outro sentido. A aposta nas mudanças locais, nas transformações microscópicas, nas conexões circunstanciais que esse momento possibilita pode resultar em grandes mudanças do instituído, do funcionamento molar, que é aquele entendido como sendo o lugar das formas objetivas, discursivas, visíveis, formais, constituídas. E assim, fica colocado o desafio de dar passagem ao devir, de modo que sua experimentação não se dê de forma desintegradora. Devir é movimento, passagem, referente à pluralidade e multiplicidade.

Lourau (1993) afirma que a ciência é atravessada pelos valores do profissional, independentemente da posição ideológica que possua (seja esquerda, direita ou centro).

Logo, a neutralidade axiológica, a decantada 'objetividade', não existe.[...] Mas a ciência necessita que ela 'exista' e os cientistas, por vezes, nos fazem crer nessa 'existência' (LOURAU, 1993, p. 16).

A análise de implicações, método advindo da análise institucional, remete à análise dos lugares que ocupamos, ativamente, nesse mundo.

Esse conceito guarda certa proximidade com o conceito psicanalítico de contratransferência². Entretanto, no institucionalismo, não é apenas psíquico nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla, sendo um processo imanente aos processos políticos, sociais, econômicos, tecnológicos etc.

Logo, o momento crise abre múltiplas possibilidades de reorganização da existência. Porém, aquilo que por nós ainda não é conhecido, que está a quem e além do eu, que,

² De acordo com a psicanálise a contratransferência é um processo que envolve sensações, sentimentos e percepções que brotam no terapeuta, emergentes do relacionamento terapêutico com o paciente: como respostas às manifestações do paciente e o efeito que tem sobre o analista. É um sinal de grande significação e valor para orientar o terapeuta no trabalho analítico.

como unidade circunscrita, pode gerar estados inéditos, abalando nossos conhecidos contornos subjetivos. Isso nos desestabiliza e exige a criação de novos modos de existir que encarnem a diferença que reverbera, incomoda, à espera de um corpo que a traga ao visível, que institua novas formas de relações, novos modos de lidar com as crises. E, no cotidiano de um serviço como o Caps, percebe-se que não é o discurso científico que possibilita certas intervenções. É a essa potência inventiva do devir, nesse caso, que se deve a criação de manejos outros da crise que produzam brechas no poder instituído de polícia. Para tal, operar com o conceito de implicação se faz necessário, a fim de gerar rupturas no que está instituído.

A análise institucional como ferramenta de criação de outros possíveis – reorganizando práticas em equipe

Toma-se, então, tal acontecimento como uma situação analisadora. Um analisador se refere a acontecimentos que, por si só, colocam em análise as instituições, as relações percebidas como naturais ou necessárias. “Esses acontecimentos podem falar por si, produzirem sua própria análise” (COIMBRA, 2001, p.25). Esse analisador histórico, produzido pela própria vida histórico-social natural, aparece como resultado de múltiplas determinações sobre como deve ser o modo de existência humano. Situações que rompem equilíbrios, momentos de descontrolo, são hegemonicamente entendidas como perturbadores da ordem social. Assim aprende-se na vida: é preciso se manter equilibrado, estável ainda que a própria vida produza as condições para o desequilíbrio. E esse desequilíbrio, nesse caso, causou um desequilíbrio, uma crise também no serviço. Daí o aspecto instituinte dessa situação, de perturbar uma suposta ordem, de produzir deslocamentos no que está instituído sobre a necessidade de uma existência humana linear,

sem crises, sem problemas. E aí a equipe precisou refletir, e discutir o que aconteceu.

No Caps Sonho Real existe o atendimento a situações de urgência e emergência. Na estrutura do quadro de horários de atividades do serviço está posto um profissional, a cada período, para atender às situações de ‘emergência’, principalmente quando ocorrem fora do Caps. Sendo convocado a atender uma situação de crise, o técnico pode utilizar o veículo do Caps e ir até o local solicitado. É importante perceber que, na organização do Caps, tal ajuda é considerada uma das estratégias do serviço. Porém, mesmo com essa organização, não há garantias de que o modo de pensar e acolher a crise não produza entaves. É justamente porque se tem que de frente com isso que é necessário repensar o modo como se acolhem as situações de crise.

Vê-se então que, apesar de os Caps serem um serviço substitutivo às internações, preconizado em lei desde 2002, nos momentos de crise, ainda circula entre os profissionais a lógica do enclausuramento, mesmo que não se dê intramuros. Em documento do Ministério da Saúde, onde é descrito o modo de funcionamento dos Caps, estes serviços:

devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um Caps, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações (BRASIL, 2004, p. 17).

Pode-se então dizer que o Caps, ainda que seja um serviço constituinte da reforma psiquiátrica, que visa evitar e reduzir internações, atuando no sentido de extinguir os hospitais psiquiátricos, locais de exclusão e anulação das diferenças, pode estar

reproduzindo, em seu modo de funcionamento, a lógica do panóptico. Lógica esta que não mais necessita dos muros, da torre e das celas para funcionar, pois já está difundida nas múltiplas relações.

A ideia de uma vigilância da guarda municipal para impedir as crises encarna o funcionamento dessa lógica. Acredita-se que um sujeito fardado colocaria respeito, evitando que as crises aconteçam, como se fossem fruto necessariamente de um querer e uma afronta. Com a ação da guarda, seja ela ativa ou passiva, de coibir esses eventos intempestivos, os pacientes evitariam ter crises, por estarem sendo vigiados.

Qual o critério que se usa para dizer que um paciente está bem? É aquele que não dá trabalho, que fica quieto, calmo, supostamente estável? Partindo desse critério, o poder de polícia é demandado com vistas a restaurar uma 'ordem'. Vista por esse viés, a crise é tida como algo que diz respeito ao déficit de um sujeito que não consegue responder de forma adequada às exigências da vida. Nos momentos de crise, algo faltaria àquele sujeito e, na situação apresentada, precisaria ser tamponada, preenchida, quer pela guarda municipal, por medicação ou terapias. A crise é pensada apenas pelo seu viés negativo, como um acontecimento que deve ser contido, ter suas manifestações sanadas, algo que deve ser excluído da vida.

Percebe-se, em reunião de equipe, que o discurso sobre essa paciente a colocava no lugar de alguém que, muitas vezes, estava lá somente para tumultuar, que na verdade, nem precisava estar ali todos os dias e que usava o serviço como um 'palco' para realizar suas atuações. Mas isso era o que se supunha saber. As propostas apresentadas e as falas sobre aquela paciente estavam levando em conta o que ela pode falar de si mesma ou do momento da crise? Pode-se arriscar que não.

No Caps Sonho Real, realizam-se diversas atividades com os pacientes: oficinas de pintura, de futebol, de fuxico, atividades de geração de renda, grupos terapêuticos, psicoterapia

individual, assembleias, visitas domiciliares, grupos de familiares, espaços de convivência. No entanto, o momento de crise desestabiliza o cotidiano das atividades, convocando todos ali presentes a deixar o que estiverem fazendo para olhar, intervir e pensar em algo que não está previsto e que incomoda. Mas é preciso pensar e repensar que, seja lá o que for feito com a crise, é necessário fazer de um modo a acolher aquele momento singular do paciente. Isso, tendo como norte as ações para que o paciente se recupere em seu próprio território, criando com o Caps uma referência de cuidado, e não de isolamento ou vigilância.

A situação aguda promovida pela paciente retirou os profissionais das atividades planejadas para construir uma intervenção acolhedora e singular. A tentativa de abordagem pela fala não se sustentou por si só, sendo necessário o apoio de toda a equipe ali presente no sentido de conter a paciente e aplicar uma medicação injetável, a fim de que fosse possível, posteriormente, a abordagem pela fala, na tentativa de ajudar a paciente a criar contornos para a sua desestabilização. Durante esse processo, profissionais da guarda municipal que trabalhavam em frente ao Caps ajudaram a conter a paciente de modo bastante humanizado, numa atitude de solidariedade.

Foi possível, após passar o momento de grande intensidade afetiva da paciente, mapear, junto com ela, o que se passava para culminar em tal acontecimento. A paciente estava prestes a realizar uma cirurgia e amedrontada com a anestesia, pois ouvira do médico que poderia deixá-la paraplégica. Além disso, havia sofrido abuso sexual recentemente. É claro que tais elaborações não aconteceram no mesmo dia da crise. Foi preciso suportar aquele dia, para que, ao longo dos dias seguintes, a paciente voltasse ao Caps e, nas conversas com os diversos profissionais da equipe, pudesse ligar tais situações à sua crise.

As crises dos pacientes afetam os profissionais, isso ficou evidente. O próprio título deste trabalho denuncia as implicações: a

crise no cotidiano dos serviços - a crise de quem, do que? Do paciente, do serviço, do modo de organização do trabalho, dos profissionais? Ou tudo isso em rede, entrelaçado, num emaranhado de forças em tensionamento? Forças de conservação, forças de revolução, que também atuam nos profissionais. Não se quer dizer que não é preciso tomar decisões no momento da crise, mas, sim, que essas decisões devem ser entendidas como provisórias e circunstanciais.

Tal decisão pode até incluir uma internação. Também não se pode ter a ilusão de que os Caps conseguem contornar sozinho toda e qualquer situação de crise. No entanto, o recurso ao hospital geral do município aparece como uma saída para os casos em que as intervenções no Caps não sejam resolutivas. Para tal, tem sido importante a construção de uma parceria com os profissionais desse serviço no sentido do entendimento que o hospital também é lugar de tratar saúde mental. Tal tarefa é árdua, mas necessária, sobretudo porque se trata de um Caps I, com horário de funcionamento restrito das 8 às 17 horas, nos dias de semana. E sabe-se bem que as crises dos pacientes não obedecem necessariamente a esse horário.

Portanto, o atendimento no hospital geral, com suporte da equipe técnica do Caps, que acompanha o paciente e direciona o seu projeto terapêutico, é fundamental para evitar as internações em instituições asilares. E é claro que um paciente em crise, quando atendido em hospital geral, desestabiliza também a própria rotina do serviço, muito mais rígida que a do Caps. Dessa forma, a equipe do Caps tenta trabalhar com os profissionais com o objetivo de produzir reflexões sobre a própria rotina do serviço; assim como um paciente em crise talvez precise caminhar, acompanhado, pelo corredor do hospital, para diminuir sua ansiedade, por exemplo.

O que a crise mostra como fora da norma pode servir de indicativo para um trabalho potente de subjetivação, com vistas a construir outros territórios subjetivos a partir

da desterritorialização provocada pela crise. Aqui, entende-se a noção de território tal como Guattari (2008) a concebe, sendo relativo não só ao espaço geográfico, como também a um espaço vivido e a um sistema percebido, no qual o sujeito se sente 'em casa'. Território seria, assim, sinônimo de apropriação, de uma subjetivação que se fecha em si mesma. Só que essa apropriação não segue um curso tão estável quanto pode parecer nem acontece de modo tão simples. O território pode se desterritorializar, ou seja, abrir-se a devires, sair do seu curso ou até mesmo destruir-se.

A espécie humana está cheia de exemplos disso, de esfacelamentos de diversos territórios construídos por muitos anos, como as mudanças nas relações de trabalho, nas crenças religiosas, nas tecnologias, nas relações familiares etc. Isso não quer dizer que o desfazer do território seja necessariamente algo bom, que nos salvaria dos males do território. Assim como um território pode ficar enrijecido, os processos de desfazimento do território não dão conta da existência humana. É preciso que novos territórios se criem, e aí se fala de refazer o território, que é a tentativa de recompor um território que se engajou num processo de desfazimento (GUATTARI, 2008).

Nenhum poder constituinte se realiza em uma constituição. É preciso que o processo de desfazimento de território tenha pontos de parada, nos quais se criem novos corpos, novos modos de existência, até mesmo para que o processo de criação continue. A questão que se coloca é como refazer o território e quais territórios constituir. Deve-se cuidar para que não tornem regras enrijecidas, instituídos impermeáveis à ação instituinte, para não se reproduzirem dominações, sujeições e encarceramentos das singularidades dos pacientes ao modo hegemônico de existência.

Sendo assim, pode-se pensar que a crise da paciente desestabilizou não só a ela, mas toda a equipe e a organização do serviço. A partir da Análise Institucional, pode-se entender

tal acontecimento como uma força instituinte, que provocou reações nos que estavam ali presentes, no sentido de iniciar um processo de refazimento do território, de produzir um instituído, tanto para que a paciente pudesse ter condições de contornar a crise como para que o serviço parasse para analisar os momentos de crise. Quando a guarda municipal ajudou – e isso foi fundamental no momento – a equipe propôs tornar isso uma regra, que valesse para todos os pacientes e que fosse colocada de antemão, a fim de evitar novas crises. Tais forças, operativas de um instituído da clausura, da contenção, que apareceram a partir dos afetos de medo e insegurança de alguns profissionais, puderam entrar em tensionamento com as forças instituintes, materializadas nos discursos de outros profissionais que tentavam produzir um novo instituído que não o da clausura.

Mas foi importante o que aconteceu em equipe: a reunião na qual surgiram discursos que asseguravam que a crise da paciente era apenas para ‘chamar a atenção’, e que, para dar ‘limite’ a essa atitude, era necessária a presença constante do poder de polícia, pôde ser também o momento em que se repensou a crise, o discurso sobre a paciente. Outros contornos foram dados: ressaltou-se a importância de escuta ao que a paciente teria a dizer, sendo possível sustentar, a partir disso, sua não internação e a não colocação de profissionais fardados da guarda municipal como um integrante do serviço.

Afirma-se desse modo, que o encontro semanal dos profissionais em reunião pode ser um lugar potente, onde se pode pensar, rever, construir as intervenções de modo singular, levando em conta que os pacientes têm necessidades diferentes, e, portanto, necessitam de intervenções diferentes.

Da análise deste caso, é possível evidenciar algumas contribuições para a organização dos serviços de saúde mental. O acontecimento-crise provocou, também, a crise no serviço e possibilitou a emergência dos instituídos, qual seja, a resposta à crise com

enclausuramento, ainda que extramuros, e o poder de polícia, encarnados na possibilidade levantada de se ter um guarda municipal como vigilante de plantão no Caps.

Considerações finais

Ao se tomar a crise como força instituinte, houve efeitos diversos, que, provavelmente, não ocorreriam caso se decidisse pela internação da paciente. Nesse episódio, precisouse recorrer à ajuda da guarda municipal como forma de contenção, para compor com as estratégias de medicação da paciente no próprio serviço e, em momento posterior, possibilitar à paciente, através da escuta, sua elaboração discursiva em relação à sua crise.

Sendo assim, o recurso à guarda municipal foi circunstancial, e não algo a ser tomado como um regulamento, que deveria ser utilizado para todas as crises de qualquer paciente, nem como forma de ‘impor respeito’, com vistas a evitar, prevenir crises. Essas ações possibilitaram observar que é possível acolher a crise no Caps, realizando algumas intervenções, sem ter que demandar a clausura da paciente, e que a reorganização da paciente e sua responsabilização, ao serem acolhidas e suportadas, junto com ela, num momento difícil, permitiram a manutenção e fortalecimento do vínculo terapêutico na direção do fortalecimento da autonomia da paciente.

A aposta na capacidade da paciente de elaborar o acontecimento, e, a partir daí, construir novos modos de lidar com situações críticas de sua vida, expressa o entendimento do momento de crise não como mais um sintoma a ser controlado, mas, sim, como uma abertura ao devir.

Portanto, pensar o paciente em crise, antes de pensar em acabar com a crise por meio da lógica do poder e ordem disciplinar, é pensar nos dispositivos existentes e nos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica de acolhimento do sujeito em seu território subjetivo, com toda potência criadora e disruptiva que isso abarca. ■

Referências

- BAREMBLITT, G. Sociedades e instituições. In: _____. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes : teoria e prática*. 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
- COIMBRA, C. *Operação rio: o mito das classes perigosas*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2001.
- DELEUZE, G. Post-scriptum – sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações: 1972-1990*. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DICIONÁRIO. Disponível em <<http://www.dicionarioetimologico.com.br/searchController>>.
- ETIMOLOGIAS. Disponível em: <<http://etimologias.dechile.net/?crisis>> Acesso em: out. 2012.
- FOUCAULT, M. Sobre a História da sexualidade. In: _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- GUATTARI, F. *As três ecologias*. 16 ed. São Paulo: Papirus, 2005.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolíticas: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. 2 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- LOURAU, R. *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Curso ministrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993 (mimeo).
- ROLNIK, S. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: SPINK, M. J. P.; MAUTNER, A. V. *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez, 1994.

Recebido para publicação em novembro de 2012
Versão final em janeiro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

1. Artigo original: resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes

dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho. Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.

O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- 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.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais". (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

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, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

Os documentos relacionados a seguir deverão ser assinados e postados nos correios ou digitalizados e anexados como arquivo:

1. Declaração de autoria e 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 do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito 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>>

2. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. 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, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

3. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva 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 documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

Instructions to authors for preparation and submission of articles

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes) that aims to disseminate studies, researches and thoughts that contribute to the debate in the field of national and international health policies.

Editorial policy

Published quarterly since 2010, in March, June, September and December, a hard copy of RSD is delivered to all members up to date with their fees. In addition to regular issues, RSD also publishes special issues following the same process of assessment and publication.

RSD accepts unpublished works in the form of original articles, essays, systematized review, case studies, opinion articles, reviews of books of academic, political and social interest, as well as testimonies and documents. The works must contribute to the scientific knowledge of the field.

Works submitted to the RSD cannot be simultaneously submitted to other journals, partially or in full.

Cebes does not charge fees for the submission of works to RSD. The Center publishing output is the result of collective work and institutional and individual supports. Contributions for allowing the Review to remain as a democratic forum for the dissemination of critical knowledge in the health field can be made by means of joining the Center, at <http://cebes.org.br>.

Modalities of work accepted for evaluation

1. Original paper: final results of scientific research that can be generalized or replicated. The text must contain between 10 and 15 pages.

2. Essay: critical analysis on a particular topic of relevance and interest to the Brazilian and international health policies. The text must contain between 10 and 15 pages.

3. Systematized review: critical review of literature on current topic by applying a research method. It aims to answer a question of relevance to health. The work must detail the adopted methodology. The text must contain between 12 and 17 pages.

4. Opinion piece: exclusively upon invitation of the Scientific

Editor. The text must contain between 10 and 15 pages. This format does not require Abstract.

5. Case study: description of academic, care or extension experiments. The text must contain between 10 and 12 pages.

6. Book review: review of books of interest to the field of public health policies, selected at the discretion of the Editorial Board. Texts must contain an overview of the work, its theoretical assumptions and the public to whom it is addressed. The text must contain up to three pages.

7. Document and testimonial: work on topic of historical or cyclical interest, selected at the discretion of the Editorial Board.

The maximum number of pages does not include the coversheet and references.

Copyright

Copyrights are of exclusive property of the Review and must be transferred through the 'Copyright Transfer Statement' signed by all the authors, as model available at the Review page. The total or partial reproduction of works is allowed since source and authorship be identified.

Submission and assessment process

Works must be submitted exclusively through the website www.saudeemdebate.org.br.

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

Flow of originals submitted for publication

Every original received by Cebes is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval. In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non-restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at <http://www.saudeemdebate.org.br>.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. The identification number must appear at the end of the Abstract.

Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.
- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.
- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.
- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

- Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
- Objective description of the methods.
- Results and comments can be approached in a same item or separately.
- Conclusion.
- The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

- Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
- Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
- Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
- In the case of funding research, inform the funder.
- Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
- At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnotes markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform¹.

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- The total of pictures and tables allowed must be five per text.

- Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.

- They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.
- In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

Direct quotation

The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização - PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

Indirect quotation

Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainties that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

Book

CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington: American Psychological Association, 1991.

Book chapter

O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation*. In: WAINRIB, B.R. (ed.). *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

Journal

PETITTI D.B. et al. *Blood pressure levels before dementia*. *American Neurological Association*, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

Internet source

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review*. Available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Access on: 9 jun. 2010.

Mandatory documents

The documents listed below must be signed and posted or digitalized and attached as a file:

1. Statement of authorship and responsibility

According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Conflict of interests

The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover-sheet.

3. Ethics in research

In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council - research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials -, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

Mailing address

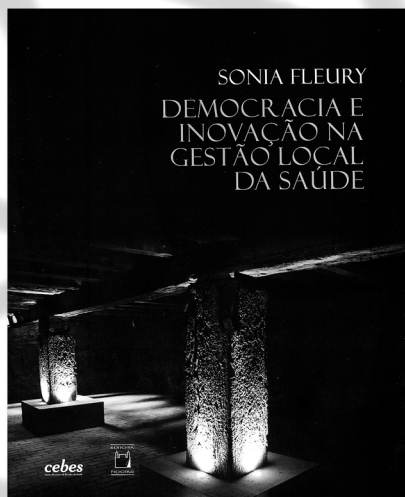
Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA

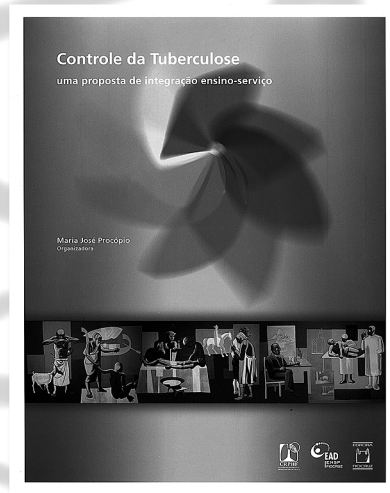


FIOCRUZ

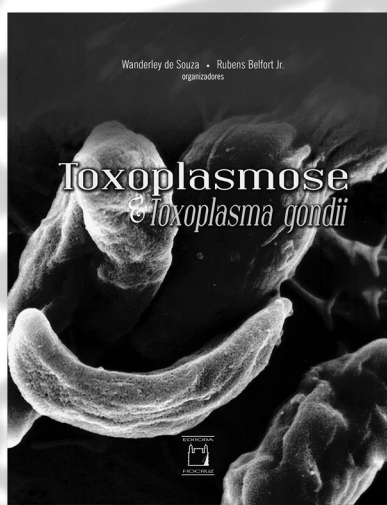
LANÇAMENTOS EDITORA FIOCRUZ



**DEMOCRACIA E INOVAÇÃO NA
GESTÃO LOCAL DA SAÚDE**
Sonia Fleury
Coedição com o Cebes
480p.
Preço: R\$99



**CONTROLE DA TUBERCULOSE:
UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO
ENSINO-SERVIÇO**
Maria José Procópio (org.)
Coedição com a EAD/Ensp
344p.
Preço: R\$79



**TOXOPLASMOSE &
TOXOPLASMA GONDII**
Wanderley de Souza e
Rubens Belfort Jr. (orgs.)
214p.
Preço: R\$59



**O LABORATÓRIO E A REPÚBLICA:
SAÚDE PÚBLICA, ENSINO MÉDICO E
PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM
SÃO PAULO (1891-1933)**
Coleção História e Saúde
Márcia Regina Barros da Silva
304p.
Preço: R\$40

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a Editora Fiocruz:
Av. Brasil, 4036, 1º andar, sala 112, Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21040-361
Tel.: (21) 3882-9007 | Telefax: (21) 3882-9006 | e-mail: comercialeditora@fiocruz.br
Outros títulos em www.fiocruz.br/editora. Venda *online* disponível.

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

modesign - www.modesign.com

Imagem de capa

Cover image

Priscila Manzini

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa

Impressão

Printing

Walprint

Tiragem

Number of Copies

1.500 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em agosto de 2014

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 90 g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in August, 2014

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2014.

v. 38. n. 101; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1

cebes
CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

www.cebes.org.br | www.saudeemdebate.org.br