

ISSN 0103-1104



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 37 • n. 97 • abr./jun. 2013



saúde

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação trimestral editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO • *CIENTIFIC EDITOR*

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL • *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkner - Universidade de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira I Virgili
Tarragona, Espanha

Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo
São Paulo (SP), Brasil

Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco
Recife (PE), Brasil

Catalina Eibenschutz - Universidad 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 – México (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

Jose Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas
Campinas (SP), Brasil

Jose 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 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 Fleury - Fundação Getúlio Vargas
Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Sulamis Dain - Universidade do Estado 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*

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETARIA EDITORIAL • *EDITORIAL SECRETARY*

Frederico Tomás Azevedo

INDEXAÇÃO • *INDEXATION*

América Latina, el Caribe, España y Portugal – LATINDEX

Base de Datos Bibliográfica de Revistas de Ciencias y Tecnología - PERIÓDICA

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe – HISA

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS

Scientific Electronic Library Online - SciELO

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de
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

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

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



Apoio



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 37 n. 97 • abr./jun. 2013

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

200 EDITORIAL • EDITORIAL

208 APRESENTAÇÃO • PRESENTATION

ARTIGOS ORIGINAIS • ORIGINAL ARTICLES

210 **A utopia da Reforma Sanitária Brasileira em um discurso no Congresso da ABRASCO 2009**

The utopia of the Brazilian sanitary reform in a speech at ABRASCO's Congress 2009

Luis Rogério Cosme Silva Santos, Tiago Parada Costa Silva

219 **Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia**

Neoliberal Reforms, Brazilian Health Care Reform and Private Law State Foundations: analysis of a Family Health State Foundation (FESF-Bahia) document

Felipe Monte Cardoso, Gastão Wagner de Souza Campos

233 **Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário**

Implementation of the Family Health Support Units (NASF): the user's perception

Fernando Leonardo Diniz Souza, Eduardo Paul Chacur, Maura Regina Guimarães Rabelo, Luciana de Araújo Mendes Silva, Wilza Vieira Villela

241 **Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde**

Unveiling the notion of health in a group of children included in health promotion activities

Fernanda Brenner Morés, Esalba Silveira

251 **Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará**

Challenges and perspectives on the implementation the Humanization Policy at the Assis Chateaubriand Maternity School in Fortaleza, Ceará

Edilene Maria Vasconcelos Ribeiro, Ana Karla Batista Bezerra Zanella, Maria Sônia Lima Nogueira

261 **Câncer Colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida**

Colorectal Cancer: Between the suffering and the reappraisal of life

Leila Maria Vieira, Barbara Nayara de Oliveira Ribeiro, Márcia Aparecida Nuevo Gatti, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão, Marta Helena Souza de Conti, Alberto de Vitta

270 **O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer**

Treatment by a public health care institution: from the perspective of the families of cancer patients

Juliana Stoppa Menezes Rodrigues, Ellen Cristine Ramdohr Sobrinho, Maria Luíza Vasco de Toledo, Sonia Regina Zerbetto, Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira

281 **Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social**

Vulnerability, recognition and health in old age: intersubjective autonomy and social justice

Aluisio Almeida Schumacher, Rodolfo Franco Puttini, Toshio Nojimoto

294 **Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual.**

Perception of life of elderly people living with HIV/AIDS served in center of reference

Allan Serra, Ana Hélia de Lima Sardinha, Amanda Namíbia Silva Pereira, Sílvia Cristina Viana Silva Lima

305 **As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental**

Difficulties in developing psychosocial care in extra-hospital services providing mental health care

Regina Célia Fiorati, Toyoko Saeki

- 313 **Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?**
Psychiatric Care reform and mental health workers – Change in whose interest?
Jamila Zgiet
- 324 **Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial**
Transforming Mental Health Care and users' everyday life: from the psychiatric hospital to the Psychosocial Care Center
Mariana Moraes Salles, Sônia Barros
- 336 **Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**
Sexual and reproductive health: a dialogue with the National Students' Health Survey
Helena Maria Campos, Virgínia Torres Schall, Maria José Nogueira
- 347 **Fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil: exposição ocupacional e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI)**
Tobacco growers zone of rural Pelotas (RS), Brazil: exposure and use of personal protective equipment (PPE)
Jobert Buss da Silva, Daniel da Silveira Xavier, Michele Cristiene Nachtigall Barboza, Simone Coelho Amestoy, Leticia Lima Trindade, Jose Richard Sosa Silva
- 354 **As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer**
The repercussions of exclusive breastfeeding in children with low birth weight
Aline Micely Pontes, Kerle Dayana Tavares de Lucena, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva, Luana Rodrigues de Almeida, Layza de Souza Chaves Deininger

Editorial

O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!

As manifestações de rua e as consequentes respostas governamentais têm gerado um intenso debate na sociedade sobre as políticas públicas, entre elas, as de saúde. Para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o momento é de celebração do aperfeiçoamento e de aprofundamento da democracia brasileira. Nossa contribuição nesse debate expõe nossas posições e propostas para o setor da saúde brasileiro, cotejadas ao Programa Mais Médicos, que o governo apresenta como estratégia para atendimento das demandas populares.

É imprescindível reconhecer que a assistência à saúde é dependente dos trabalhadores da saúde e de sua capacidade de produzir o cuidado. Em uma época em que se supervalorizam as máquinas, os exames e a tecnologia, é necessário reafirmar que saúde se faz com gente. Todas as profissões da saúde são fundamentais para uma assistência integral, ou seja, é a equipe de saúde que será capaz de atender e resolver todos os problemas apresentados pela população.

A suficiência quantitativa das equipes de saúde, quando bem distribuídas, permitirá o atendimento universal da população residente em todo o território, efetivando o direito constitucional dos brasileiros.

Entretanto, é consenso entre os gestores de todas as esferas do SUS que, entre todas as categorias profissionais da saúde, os médicos são os profissionais mais difíceis de prover nos serviços públicos de saúde.

A população também reconhece esse problema quando aponta, como mostrou recente pesquisa do IPEA, que o principal problema do SUS é a falta de médicos. Mesmo discordando dessa assertiva, que localiza a falta de médicos como o principal problema da saúde, o CEBES não pode deixar de reconhecer o que mostram diversos estudos: que faltam médicos no Brasil, e que essa falta ocorre, principalmente, no SUS. Não concordando com a argumentação das entidades médicas, que insistem na suficiência de médicos, o CEBES diagnostica a deficiência e a má distribuição de médicos como um problema grave.

Por outro lado, ressaltamos que o principal problema do SUS não é a falta de médicos. Na verdade, esse é mais um dos sintomas do descaso crônico na implantação do projeto SUS, relegado pelos sucessivos governos pós-constitucionais ao destino de ser um sistema de baixa qualidade para atendimento da população pobre.

É preciso reafirmar que o principal problema do SUS é a subordinação do setor da saúde à lógica de mercado, que se expande sufocando o direito social previsto na Constituição. Essa lógica de mercado trata a saúde – assim como a doença – como mercadoria, e o crescimento desse mercado, como vem ocorrendo no país, faz com que a saúde se distancie dos princípios que orientam o SUS enquanto expressão da saúde como um direito de cidadania.

É preciso analisar as razões pelas quais os médicos não se vinculam ao SUS e não ocupam o vasto território vazio desses profissionais. Nesse sentido, refutamos o argumento de que são apenas as más condições de estrutura e trabalho que explicam a ausência de médicos no SUS. Isso só poderia ser verdade se existisse um contingente de médicos desempregados por recusa de condições insuficientes, o que não existe. Ao contrário, praticamente todos os médicos brasileiros possuem um ou mais empregos, como evidenciam os estudos. Outra pesquisa do IPEA, ainda mais recente, mostra que, em média, os médicos brasileiros trabalham 42 horas por semana, e ganham, aproximadamente, R\$ 8.500,00 por mês, o que os coloca no topo de rendimentos entre as profissões de nível superior.

O Brasil vive um ‘boom’ de crescimento do mercado da saúde, e hoje já conta com a presença do grande capital internacional e dos fundos de investimentos. Esse boom expressa a política concreta, que vem sendo praticada, de promover e conduzir o setor da saúde ao mercado, e se aproveita do resultado da política de inclusão social, pautada pela expansão do consumo, tônica da política econômica dos últimos anos.

Essa política de ampliação do consumo, associada à omissão, seja por falta de coragem ou de tendência na correlação de forças, que caracteriza os últimos governos federais, que não enfrentam os interesses dos complexos econômicos da saúde (indústria farmacêutica, de equipamentos, planos e seguros privados de saúde, prestadores privados de serviços) e seguem promovendo o crônico subfinanciamento do SUS, criando as condições ideais para a expansão do mercado da saúde. Essa é a principal razão que proporciona a concentração de médicos no setor privado e sua consequente escassez no setor público, modelo que saqueia o SUS e gera outras graves distorções na saúde brasileira.

As multidões de brasileiros que foram às ruas em todas as cidades, exigindo saúde e serviços públicos de qualidade, para nós, são a expressão de ser possível iniciar novos pactos sociais, dentro e fora do setor Saúde, criando efetivas condições para uma mudança nessa correlação de forças, que privilegie o interesse público ante os interesses econômicos.

Nesse contexto de situar o direito à saúde no centro do projeto político de desenvolvimento social e econômico do país, o CEBES chama a atenção para o fato de que as medidas que compõem o Programa Mais Médicos são necessárias e

louváveis, porém, insuficientes para o setor, que necessita, urgentemente, de outras medidas estruturantes de curto, médio e longo prazos. Com essas referências para o entendimento da crise setorial, expressamos nossa preocupação e apresentamos propostas relativas ao Pacto pela Saúde, formulado pelo Governo Federal:

- Mediante a injusta falta de assistência médica que acomete a população e a dificuldade dos gestores em contratar profissionais médicos, é muito bem-vinda a atração de profissionais médicos estrangeiros ao país. Entretanto, tal medida deve ter caráter emergencial e focalizado para garantir o clamor do povo brasileiro, que expressou isso nas ruas, denunciando que parcelas significativas da população não tenham garantido seu direito constitucional à assistência médica. Simultaneamente, deverão ser adotadas medidas estruturantes para o problema;
- Mesmo sem tangenciar o grave problema do subfinanciamento setorial, o anúncio de investimentos na infraestrutura das unidades de saúde, especialmente na Rede de Atenção Básica, constitui uma medida importante e necessária, que respeita os profissionais de saúde e, principalmente, os usuários do SUS. A medida adequada e de longo prazo é garantir financiamento para investimentos permanentes no sistema;
- É preciso aprofundar as mudanças curriculares na formação médica, para além da ampliação do tempo do curso. Sob tal perspectiva, o Ministério da Saúde, como gestor nacional do Sistema Único de Saúde, deve fazer valer sua atribuição constitucional de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, expressa no inciso III do artigo 200 da Carta Magna;
- É preciso que as universidades tenham como missão primeira formar os profissionais de saúde com o perfil necessário para as necessidades da população brasileira, ou seja, o trabalho no SUS. Para isso, é fundamental que o ensino seja totalmente integrado à Rede de Atenção à Saúde, e que sejam rompidos os entraves que apartam os Hospitais Universitários do SUS;
- É igualmente necessário que a expansão das vagas e dos cursos de graduação em medicina seja feita essencialmente via universidades públicas, e nas localidades que mais necessitam de médicos. É preciso ampliar acesso e interiorizar as escolas de medicina, e isso deve ser feito pela expansão da rede de Universidades Federais;

- Tão importante quanto formar médicos com perfil ético e humano para trabalhar no SUS é formar os especialistas necessários para garantir a integralidade da assistência. Universalizar a Residência Médica e torná-la obrigatória, garantindo vagas a todos os egressos de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde, é uma necessidade;
- Merece nosso apoio a contratação estratégica de médicos brasileiros, por parte do governo federal, para atuarem nos municípios e nas áreas de difícil provimento, onde a ausência desses profissionais é mais sentida pela população. Mas são necessárias mudanças na Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita a capacidade dos municípios e estados de contratação de profissionais de saúde, que, preferencialmente, devem estar vinculados institucionalmente aos municípios;
- Imediatamente, deve ser criado e implantado o Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores do SUS, conforme foi apontado na última Conferência Nacional de Saúde. O CEBES defende a criação imediata da carreira nacional nos moldes definidos pela Mesa de Negociação Permanente do SUS.

É fundamental que o governo federal saiba aproveitar esse momento em que a sociedade brasileira reivindica serviços públicos de saúde com garantia de acesso e qualidade, e corrija o erro que foi a regulamentação da Emenda Constitucional 29, sem a vinculação do percentual de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a Saúde.

Com a retirada dos incentivos e as renúncias fiscais aos planos e seguros privados de saúde, e com o incremento de recursos advindos dos royalties do Pré-Sal e da Taxação de Grandes Fortunas, é perfeitamente possível garantir esse patamar mínimo de investimento na saúde dos brasileiros, sem que isso acarrete desequilíbrio fiscal.

Temos convicção de que, com o investimento adequado e com a coragem necessária para enfrentar os interesses econômicos que incidem sobre o setor saúde, é possível e necessário consolidar o direito cidadão à saúde e o Sistema Único de Saúde, como demanda o povo brasileiro. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais...

A Diretoria Nacional

Editorial

The SUS Needs More Doctors and Much More!

The street protests and consequential governmental responses have generated intense debate in Brazilian society regarding public policies, including those on health. For the Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES – Brazilian Center for Health Studies), this is a time to celebrate the improved development and depth of Brazilian democracy. Our contribution in this debate demonstrates our stances on and proposals for the Brazilian health sector, compared to the Programa Mais Médicos (More Doctors Program), that the government has put forward as the strategy to meet public demands.

It's imperative to acknowledge that health care depends on health workers and their capacity to produce care. In an era when machinery, scans and technology are overvalued, it's necessary to reiterate that health is achieved with people. All health professions are fundamental for comprehensive care, that is, it is the health team that will be capable of treating and resolving all the problems presented by the public.

Sufficiently sized health care teams, if well distributed, will allow universal care of the population living in the whole country, fulfilling every Brazilian's constitutional right.

However, there is consensus among the managers of all spheres of the SUS that, out of all the health care occupations, physicians are the most difficult professionals to source within the public health service.

The population also recognises this problem; in a recent IPEA survey, public opinion indicated that the main problem of the SUS was a lack of doctors. Although disagreeing with that statement, which identifies a lack of physicians as the main problem in health care, CEBES cannot fail to acknowledge what various studies have shown: that there is a lack of doctors in Brazil, and this lack is especially prevalent in the SUS. Not in agreement with the arguments maintained by the medical authorities, who insist that there are enough doctors, CEBES points to both the shortage and ill distribution of physicians as a grave problem.

On the other hand, we underline that the main problem of the SUS is not a lack of doctors. In fact, this is just one of the symptoms of the chronic neglect in the implementation of the SUS, relegated by successive post-constitutional governments to the position of being a low quality system for the poor.

We must reiterate that the main problem of the SUS is the subordination of the health sector to market economics, which continue to expand and suffocate the constitutionally established social rights. This market logic treats health – and for that matter, disease – as merchandise, and the growth of this market, as has been witnessed in Brazil, distances health from the guiding principles of the SUS as an expression of health as a citizen's right.

It's necessary to examine the reasons why physicians refrain from joining the SUS and from occupying this vast empty territory for such professionals. In this regard, we refute the argument that it is only the bad structural and work conditions that explain the lack of doctors in the SUS. This could only be true if there were a group of unemployed doctors due to their refusal to accept inadequate conditions, which there isn't. On the contrary, practically all Brazilian doctors have one or more jobs, as studies have shown. Another, even more recent, IPEA survey shows that, on average, Brazilian doctors work 42 hours a week and earn approximately R\$ 8,500.00 a month, placing them as the top earners among graduate professionals.

Brazil is experiencing a boom in the health market, in which one can already find the presence of major international capital and investment funds. This boom expresses the firm policy, which has been in place, of promoting and gearing the health sector toward the market, and thrives on the result of the social inclusion policy, based on expanding consumption, the tonic for economic policy of recent years.

This policy of increasing consumption, allied to omission, whether due to a lack of courage or bias in the correlation of forces, which has typified the last federal governments, that have failed to stand up to the interests of the economic forces in the health care industry (pharmaceutical industry, medical equipment, private health care plans and insurance, private service providers) and continue to promote chronic underfunding of the SUS, creating ideal conditions for the expansion of the health market. This is the main reason for the concentration of physicians in the private sector and their resulting scarcity in the public sector, a model that pillages the SUS and generates other severe distortions in Brazilian health care.

The crowds of Brazilians who took to the streets in cities around the country, demanding quality health and public services, to our eyes, are an expression of the possibility of triggering new social pacts, in and outside the health industry, creating effective conditions for a change in this correlation of forces to prioritise public interest before economic interests.

In this context of positioning the right to health at the centre of the political project for social and economic development of the country, CEBES calls attention to the fact that the measures that form the More Doctors Program are necessary and praiseworthy, however, insufficient for the sector, which is in urgent need of other short-, mid- and long-term structuring measures. With these references to

the understanding of the crisis in the sector, we express our concern and present proposals relative to the Pact for Health, formulated by the Federal Government:

- In light of the unjust lack of medical care that afflicts the population and the difficulty that managers experience in hiring medical professionals, the initiative to attract foreign doctors to the country is extremely welcome. However, such a measure should be of an emergency and focused character in answer to the public outcry expressed on the streets, which openly condemned the fact that substantial sections of the population are not ensured their constitutional right to health care. Structuring measures must be adopted simultaneously to address the issue;
- Even without touching on the grave problem of underfunding of the health sector, the announcement of investments in health care facilities, especially in the Primary Care Network, constitutes an important and necessary measure, which respects the health professionals and, above all, the users of the SUS. The adequate and long-term measure is to guarantee financing for permanent investments in the system;
- Further curricular changes in medical training are required, beyond simply extending the course duration. From that perspective, the Ministry of Health, as the national manager of the Unified Health System, should make use of its constitutional duty to “organise the training of human resources in the area of health”, established in item III of article 200 of the charter;
- Universities need to have as their primary mission to train health professionals with the required profile for the needs of the Brazilian public, in other words, to work in the SUS. It is, therefore, essential that teaching is entirely integrated into the Health Care Network, and that the barriers that separate teaching hospitals from the SUS are broken down;
- Equally necessary is an increase in places on undergraduate medicine course essentially at public universities, and in places that are in most need of physicians. It’s necessary to broaden access to medical schools, particularly outside the capitals, which should be achieved by expanding the network of federal universities;
- Just as important as training medics with the ethical and human profile to work in the SUS is to train specialists required to ensure comprehensive care. Medical Residency programs must also be made universal and compulsory, guaranteeing places for all student doctors according to the needs of the Unified Health System;

- We should also support the federal government's strategic hiring of Brazilian doctors to work in poorly resourced towns and areas, where the lack of such professionals is felt most acutely by the population. But changes are required in the Fiscal Responsibility Act, which limits municipal and state capability to hire health professionals, who should preferentially be institutionally bound to the municipalities;
- The National Plan of Jobs, Careers and Salaries for SUS employees should be created and implemented immediately, as indicated in the last National Health Conference. CEBES defends the immediate creation of the national career in the mould defined by the SUS Permanent Negotiating Table.

It is essential that the federal government knows how to take advantage of this moment in which Brazilian society demands public health services with guaranteed access and quality, and corrects the mistake represented by the regulation of Constitutional Amendment 29, without the commitment of 10% of the Gross Federal Revenue to health.

With the withdrawal of incentives and fiscal waivers for private health plans and insurance, and with increased funds from pre-salt oil exploration royalties and wealth tax, it would be perfectly possible to guarantee this minimum level of investment in the health of Brazilians, without it causing any fiscal imbalance.

We are convinced that, with adequate investment and the courage needed to stand up to the economic interests that pervade the health sector, it would be possible and necessary to consolidate the citizens' right to health and the Unified Health System, as demanded by the Brazilian population. The SUS Needs More Doctors and Much More...

The National Board

Apresentação

Apresentamos este segundo fascículo, do 37º ano da revista *Saúde em Debate*, com o orgulho e a comemoração de sempre, afinal, são muitos anos de resistência, de luta e de construção do que nosso ex-presidente Sergio Arouca denominava pensamento crítico em saúde. Neste ano, ao completarem-se 10 anos sem Sergio Arouca, aproveitamos para dedicar a ele este número 97, sabendo que representa muito pouco em relação a tudo aquilo que ele nos deixou.

Arouca insistia em dizer que a reforma sanitária não era uma simples reforma administrativa, de serviços, de modelo assistencial, e, sim, um projeto de civilização da sociedade brasileira. Esse é seu principal legado!

Ficamos muito felizes em saber que estão sendo organizadas várias homenagens, muito particularmente, na Fiocruz e, especialmente, na Escola Nacional de Saúde Pública, que hoje leva o seu nome. E nos sentimos, também, contemplados com tais homenagens, pois, afinal de contas, Sergio Arouca é a representação do projeto do CEBES! E é sempre interessante lembrar que, quando ele partiu para a Nicarágua, para ajudar a construir o projeto sandinista de saúde, entre suas principais preocupações estava a de não deixar a *Saúde em Debate* morrer. Esse compromisso nós assumimos e estamos mantendo.

Neste ano, o número de artigos apresentados para submissão aumentou visivelmente, confirmando nossas expectativas e demonstrando como a revista cresceu de importância no campo da saúde coletiva. Isso reforça nosso compromisso e nossa dedicação para torná-la sempre melhor, mantendo a regularidade e o interesse de nossos leitores e colaboradores.

Dando prosseguimento à proposta das capas deste ano, inspiradas nas festas e comemorações populares brasileiras, como expressão, e ampliada através da concepção de saúde como qualidade de vida, cultura e exercício de cidadania, a ilustração deste número homenageia os fantásticos bonecos de Olinda.

Boa leitura!

Paulo Amarante
Editor Científico

Presentation

We present this second fascicule of the 37th year of the *Saúde em Debate magazine* in as proud and celebratory manner as ever, after all it has been many years of resistance, construction and fighting for what our former president Sergio Arouca called critical thinking in health. This year, to mark the tenth anniversary since our loss of Sergio Arouca, we are dedicating this edition 97 to his memory, knowing that it represents very little in relation to the legacy he left for us.

Arouca insisted on saying that the public health reform was not a simple administrative reform of the services and care model, but rather a project for the civilization of the Brazilian society. That is his main legacy!

We are delighted to know that several tributes are being organized, especially at Fiocruz and at the National School of Public Health, which is now named after him. And we also feel honoured by such tributes, after all Sergio Arouca is the representation of the CEBES project. It is always fitting to recall that, upon leaving for Nicaragua to help build the Sandinista health project, one of his main concerns was to not allow *Saúde em Debate* to die. We took on that commitment and still hold firm to it.

This year the number of articles submitted for publication visibly increased, confirming our expectations and demonstrating how the magazine has grown in importance in the field of collective health. This reshapes our commitment and dedication to continually improve it, maintaining the regularity and interest of our readers and contributors.

Moving on to the objective of the front covers this year, inspired by popular Brazilian festivals and celebrations, as an expression of, and broadened through the notion of health as quality of life, culture and the exercise of citizenship, the illustration of this edition pays tribute to the fantastic giant carnival dolls of Olinda.

Enjoy your reading!

Paulo Amarante
Scientific Editor

A utopia da Reforma Sanitária Brasileira em um discurso no Congresso da ABRASCO 2009

The utopia of the Brazilian sanitary reform in a speech at ABRASCO's Congress 2009

Luis Rogério Cosme Silva Santos¹, Tiago Parada Costa Silva²

¹ Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. luisrogerio.ufba@gmail.com

² Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Sanitarista da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Salvador (BA), Brasil. tgparada@yahoo.com.br

RESUMO Este texto procura analisar o conteúdo da conferência proferida pelo professor baiano Jairnilson Paim, no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Recife (PE), em 2009. Traz à baila discussões sobre a importância do pensamento utópico na definição de um novo paradigma no campo da pesquisa acadêmica, proposto por diversos autores, visando à práxis em favor da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do resgate de princípios e condutas que nortearam o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como conquistas da sociedade organizada.

PALAVRAS CHAVE: Utopia; Reforma Sanitária; Práxis, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This text looks for to analyze the content of the conference pronounced for the bahian professor, Jairnilson Paim, in IX the Brazilian Congress of Collective Health, carried through in Recife (PE), in 2009. Evidences the current debate on the importance of the utopian thought in the definition of a new paradigm in the field of the academic research, considered for diverse authors, aiming at the praxis for the consolidation of the Brazilian Health System and of the rescue of principles and behaviors that had guided the process of Brazilian Sanitary Reform (RSB), as conquests of the organized society.*

KEYWORDS: *Utopia, Public Health Reform, Praxis, Unified Health System.*

1. Construindo o cenário

No Teatro Guararapes, localizado no Centro de Convenções de Recife, no dia 04 de novembro de 2009, durante o IX Congresso da ABRASCO, o professor baiano Jairnilson Paim, inspirado na composição musical de Torquato Neto e Jards Macalé, caminhou lentamente em direção ao microfone, de onde propôs-se a ‘desafinar o coro dos contentes’. Em pauta, o tema ‘Reforma Sanitária Brasileira: uma promessa não cumprida?’. Destaca-se que esta preleção ocorreu um dia depois do discurso proferido pelo presidente Lula, no mesmo lugar.

O teatro, cujo nome retrata uma batalha historicamente importante no contexto da emancipação brasileira, tem capacidade para assentar 2.405 pessoas e acomodou gente pelas escadarias laterais e centrais, todos curiosos para ouvir a conferência polêmica e esclarecedora de um dos mais críticos e ativos sanitaristas da atualidade no que concerne à ‘ideia’, ao ‘movimento’, à ‘proposta’, ao ‘projeto’ e ao ‘processo’ da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Fato intrigante, uma vez que, durante o congresso, somente o presidente Lula teria enchido o plenário daquele modo.

Mas, naquela manhã de quarta-feira, algo ensaiava ser diferente, ampliando o interesse das pessoas, visto que, em 2009, o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde, juntamente com as entidades representativas dos secretários municipais e estaduais de saúde, organizaram as caravanas em ‘defesa do SUS’, com a participação dos estados. Defender o SUS do quê? De quem? Que novas e antigas ameaças rondariam esse sistema? Seriam essas indagações que o sanitarista poderia esclarecer em sua conferência?

Em pé, com as mãos sobre a tribuna posta do lado esquerdo do palco, que mede 1.050 m², por vezes, com a sua perna esquerda flexionada para trás do joelho direito, aparentando, com esse gesto e pelo tom da voz, certa tranquilidade, Paim, ao discorrer sobre a ‘revolução passiva’ e sobre o ‘transformismo político’ que afeta a política de saúde no País, destilou, homeopaticamente, para uma plenária repleta, o referencial de um dos seus mais recentes trabalhos: ‘Reforma Sanitária: Contribuição para a compreensão e crítica’.

Sob a luz do marxismo e das ideias de Gramsci, o preletor se permitiu buscar, como referencial, além de figuras de pensamento destacado no meio acadêmico, a inspiração textual e poética de Torquato Neto, Carlos Drummond de Andrade e João Cabral de Melo Neto, entre outros, resgatando a importância, ao mesmo tempo, do sonho, da abstração, da práxis, do pensamento e da ação como estratégias para explicar por que a reforma sanitária não avançou e se desfigurou no Brasil no transcorrer da redemocratização, a partir de 1985.

Paim analisou o modo como cada governo, na fase republicana, a partir de 1995, de Sarney a Lula, tratou a proposta da RSB, e o risco de um retrocesso na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma conquista social e política.

Sua fala foi na direção do resgate de um sonho. Aquele contido no Manifesto da Reforma Sanitária, divulgado em Brasília, em 23 de novembro de 2005, reafirmando o compromisso com a saúde dos brasileiros. O sonho manifestado várias vezes pelo movimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do qual é membro fundador.

Diante de uma plenária lotada de pesquisadores, o professor baiano esforçou-se para manter o nível científico da conferência, mas, era nítida a contradição entre a postura do pesquisador metodologicamente cauteloso e a do militante angustiado, “apaixonado (não só pelo saber em si, mas também pelo objeto do saber)”, como escreveu Gramsci (1999), por ele citado, assim acreditando que

[...] o intelectual possa ser um intelectual (e não um mero pedante), mesmo quando distinto do povo-nação, ou seja, sem sentir as paixões elementares do povo, compreendendo-as e, portanto, explicando-as e justificando-as em determinada situação histórica. (GRAMSCI, 1999, p. 222 apud PAIM, 2008, p. 21).

Se o discurso do presidente Lula arrancou aplausos calorosos no dia anterior, em função do carisma e do caráter sempre político e estratégico de seus gestos e palavras, foi algo surpreendente constatar que o professor Paim também fora aplaudido efusivamente, quando,

em sua ‘aula’ sobre ‘história e política de saúde’, tratou, entre outras coisas, da utopia e de valores éticos praticamente exauridos na sociedade pós-moderna de economia neoliberal, que, de forma conservadora e autoritária, reluta em permitir à sociedade brasileira o pleno direito constitucional a uma saúde universal, integral e de qualidade, constituída a partir de princípios democráticos e socializantes.

Num momento histórico no qual o passado perde sentido, a luta de classes é ocultada e o trabalho se desconfigura como elemento constitutivo da identidade do ser social, aquela conferência, se fosse considerada somente um conjunto de ideias limitadas a um método ou a uma técnica, talvez não causasse tanto alvoroço e reflexões no público. No momento atual, quando muitos intelectuais optam por ficarem mudos ou escondidos atrás dos muros da academia, temendo retaliações daqueles que ocupam funções estratégicas nas diversas esferas do poder, o que a saúde pública precisa é de seres utopicamente desligados de certos valores hegemônicos, e que tenham a capacidade e a coragem de dizer que não se pode mais, no que se refere à política de saúde, cair o sepulcro diante de certos riscos de retrocesso.

Em um gesto audacioso e contra-hegemônico, o professor baiano descortinou a inércia e questionou a robustez das regras instituídas pela lógica do mercado, em favor de uma nova postura em defesa do SUS e do resgate de princípios e valores inerentes à Reforma Sanitária Brasileira.

2. A natureza política do discurso utópico e o conflito ideológico

Paim entrou no Teatro Guararapes, em Recife (PE), com uma postura semelhante a de um gladiador que sabe que pode obter lesões, mas sabe, como ninguém, como bater numa fratura exposta. Imbuído da austeridade de quem sente a responsabilidade pelo contexto que envolve a Reforma Sanitária Brasileira, disparou: “Se o governo Fernando Henrique quebrou os músculos do Estado, o governo Lula quebrou os músculos da sociedade!” (OLIVEIRA, 2009). Da frase ficou, entre outras reflexões, a certeza de que a saúde e o controle

social ainda estão na condição de direito, e não na condição de exercício. Tal postura nos remete a questionar, não obstante os avanços do SUS, se a RSB não estaria plenamente consolidada. A resposta é ‘não’, uma vez que requer mudanças estruturais, redução ou eliminação da desigualdade socioeconômica. Alguns avanços conquistados até aqui não se refletiram na eliminação de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, e, por consequência, na atenção integral às necessidades sociais de saúde da população.

Como o presidente Lula, na noite anterior, o professor baiano se protegeu atrás de sua história de vida, de pesquisador que respeita o método, passando, por isso, ileso pela crítica científica, para demonstrar o quanto o seu lado militante consciente, dentro e fora da academia, pode incomodar as estruturas conservadoras, cujos agentes sociais se esforçam para minar a proposta da reforma sanitária, a partir da vulnerabilidade política e social do sistema que deve promover a saúde.

É provável que não se trate apenas de um ensaio, mas de uma ofensiva do capital, em direção à saúde como direito do cidadão e dever do estado, ou seja, contra a natureza socializante da RSB e do próprio SUS, como parte disso. Alguns componentes do tão comentado ‘Ato Médico’ não seriam um exemplo desse retrocesso? Não estaria aí embutido o retorno ao sujeito hegemônico no campo da saúde, na contramão do novo modelo assistencial que se pretende sedimentar com ênfase na equipe multiprofissional e multidisciplinar em saúde? As terceirizações das instituições públicas para a iniciativa privada representam a certeza de um melhor desempenho do sistema universal e igualitário?

Pelo exposto por Paim, pode-se constatar que os agentes ligados à lógica do complexo médico-industrial (PAIM, 2009) só consentem que o estado promova ‘uma reforma parcial’ do sistema de saúde (limitando-se a atuar sobre sistemas de serviços de saúde), por meio de uma ‘revolução passiva’, que ocorre quando a classe dominante consegue, estrategicamente, impôr-se através daqueles que momentaneamente estão no poder (PAIM, 2008).

Levando-se em conta o conceito de reforma exposto por Pedro Demo como a “resposta usual a mazelas institucionais que o tempo inevitavelmente acarreta”,

ou mesmo o conceito de ‘posição reformista’, que, segundo o mesmo autor é “[...] marcada pelo interesse em mudanças dentro do sistema, partindo-se de que o sistema ainda deva ser preservado” (DEMO, 1987, p. 77), vê-se que a proposta da RSB tem em seu íntimo um traço processual mais reformador do que reformista, pois, a promoção da saúde e o foco na atenção primária, no contexto das redes de atenção à saúde, implicam mudanças estruturais significativas no sistema como um todo.

Tais mudanças não podem prescindir da luta contra as desigualdades sociais e territoriais, que afetam as relações de classe em uma sociedade capitalista, que recentemente viveu, acrescentando-se, mais de duas décadas sob uma ditadura militar, o que favoreceu as centralizações do poder decisório e da riqueza.

Pautando-se ainda em Demo (1987), fica evidente a atualidade e a força da aula de Jairnilson Paim no Congresso da Abrasco 2009. A reforma sanitária defendida pelo conferencista, como processo, vai justamente em direção ao pensamento de Demo quando este diz que a

[...] revolução propriamente dita é aquela ‘infra-estrutural’, elaborada no longo prazo, como foi, por exemplo, a revolução industrial. (DEMO, 1987, p. 76).

E vai além:

[...] ainda há a possibilidade histórica de que, na sequência de um acúmulo de reformas, desabroche uma revolução. (DEMO, 1987, p. 77).

O que chamou a atenção na abordagem pública de Paim foi uma preocupação com o retrocesso, mesmo acreditando utopicamente que a reforma sanitária não pode ser parada por tratar-se de uma conquista e de uma necessidade social, trazendo no seu cerne um conflito ideológico contagiante, ainda que se dê no plano do inconsciente coletivo.

A característica superficial e pouco revolucionária das propostas dos governos republicanos, pós

1984, para a gestão do SUS e do trabalho na saúde, integrou o conteúdo da conferência. O conferencista apontou prováveis causas para esses efeitos, tendo a sua exposição cortada por aplausos quando citou Coutinho (1985), trazendo à baila o jogo político que interfere nas políticas de saúde:

O transformismo é um fenômeno associado à revolução passiva quando certos partidos (ou agentes) se unificam, mudando de lado, e reforçam posições conservadoras das forças da ordem estabelecida, seja assimilando frações das classes dominantes, sejam cooptando setores das classes subalternas. (COUTINHO, 1985 apud PAIM, 2008, p. 45).

Nesse aspecto, a releitura de Freire (1982, p. 79) faz-se oportuna remetendo-nos à compreensão de que a utopia é algo que “[...] tende ao dinâmico e não ao estático; ao vivo e não ao morto; ao futuro como desafio à criatividade humana e não ao futuro como repetição do presente [...]”. Na pós-modernidade, utopia é sinônimo de inconformismo e de ousadia.

3. O sanitarista e Hitlodeu: cinco séculos de utopia

O lugar e o tempo foram bem aproveitados pelo professor baiano para exposição de sua análise sobre a Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que o debate sobre intervenções necessárias no campo da saúde, com quem mantém posturas ortodoxas, pode parecer improdutivo. Afinal, como adverte Hitlodeu, personagem central do livro de Thomas More, (Utopia, do século XVI), nem sempre é aconselhável propor aos que estão no poder decretos justos: “Julgais que não me escorraçará ou fará de mim objeto de riso?” (MORE, 2008, p. 45). Daí, a importância para o mestre da ‘Utopia’ de dizer a verdade sempre onde ela possa ser ouvida. Paim ouvira, ao pensar a sua explanação em favor da RSB, a exclamação/indagação de Hitlodeu:

Ora, disse-me se eu fizesse estas e outras afirmações, no meio de homens absolutamente dispostos a princípios opostos, não seria o mesmo que falar para surdos? [...] Essa é a minha idéia quando vos dizia que a filosofia não tem assento entre os reis. (MORE, 2008, p. 45).

Como sanitaria, Jairnilson Paim demonstrou a força de um sonho no campo da saúde e a capacidade desse sonho de irradiar-se para outros setores da vida social, uma vez que a saúde pressupõe qualidade de vida, e que a RSB carece agora de novas mãos e mentes para tocá-la adiante, porque do outro lado as forças do capital se organizam para fragilizar o sistema.

A redemocratização do Brasil deixou uma sensação de vazio, principalmente nas novas gerações, como se não houvesse nada mais por fazer. O discurso neoliberal de que a ‘história acabou’ contribuiu muito para esse estado de apatia em relação à participação cívica e à qualidade dessa participação, tão importante para o desempenho institucional e dos governos no que se refere a políticas públicas, como asseveram Putnam, Leonardi e Nanetti (2005).

A participação, como escreve Demo (1987, p. 17),

[...] é a melhor obra de arte do homem em sua história, porque a história que vale a pena é a participativa, ou seja, com um teor menor possível de desigualdade, de exploração, de mercantilização, de opressão.

Os privatizadores da saúde, os terceirizadores da força de trabalho na saúde, aproveitam bem esse vácuo e, não podendo atacar abertamente o direito à saúde, propagam a ineficiência administrativa do SUS (ou das unidades do SUS), que ‘precisaria’ da lógica do capital privado, e de seus métodos administrativos, para qualificar a oferta de serviços e atender as necessidades de saúde dos brasileiros. Será?

Considerando que a proposta da RSB apresentada pelo professor Paim implicaria em reforma mais ampla de natureza transetorial, é notória a responsabilidade que cada agente social (estudantes, profissionais de saúde, políticos, trabalhadores) têm a desempenhar

nesse processo de lutas emergentes, visando a frear a desestruturação do sistema, uma vez que, por mais que as forças hegemônicas tentem conter o avanço do SUS, dentro ou apenas influenciando os que estão no poder, “a arte qualitativa do homem é a sociedade desejável que ele é capaz de criar” (DEMO, 1987, p. 17), e a luta na saúde sempre foi uma estratégia política para uma sociedade melhor, equânime, e, por consequência, com justiça social.

É imprescindível que, no ciclo apresentado por Paim para descrição e análise da RSB, que vai da ‘ideia’ até o ‘processo’, novos movimentos ocorram nessa direção. Então, algumas questões que se impõem são: Como motivar as pessoas a ponto de entenderem a participação cívica como necessidade, se essa participação tem relação com a trajetória histórica e social dos agentes envolvidos? Como encontrar o caminho para um sonho, quando muitos acham que o SUS está consolidado e o sonho acabou? Como sinalizar, numa sociedade cada vez mais materializada e individualizada, que a utopia não é algo sem sentido?

Thomas More esqueceu-se de perguntar ao seu personagem Hitlodeu: “Em que parte do Novo Mundo se situa a Utopia? Preferiria ter perdido todo o meu dinheiro a ter-me esquecido deste pormenor [...]” (MORE, 2008, p. 15). Com essa postura, Thomas More nos remete à conclusão de que a utopia (como a reforma sanitária e o SUS) é uma questão de certos princípios e valores imateriais e não propensos à barganha sob pena de comprometer o pacto e a ética sociais.

Pouca gente no mundo acadêmico põe em risco a sua paz individualizada, a sua condição econômica, a sua estabilidade de pesquisador em busca de certos princípios relevantes, como sinalizou More (2008). Paim, entre outras coisas, ao citar os poetas brasileiros, evidenciou que a utopia está na mente emancipada daqueles que desafinam ‘o coro dos contentes’, que vão se tornando ‘anjos tortos’ na vida; que são, acima de tudo, insistentes, como ‘pedras no caminho’. A atitude crítica do professor nos remete ao ensino proposto por Freire (2008):

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-fazeres se encontram um no corpo

do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquisa para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade. (FREIRE, 2008, p. 29).

Paim foi buscar na arte de desafinar o ‘coro dos contentes’ a desmistificação da ordem, anunciando a existência do conflito contínuo, afinal, “a dialética humana não sobrevive apenas com alimentação material” (DEMO, 1987, p. 21), que é o mesmo que dizer “nem só de pão vive o homem”.

Não foi por acaso que o conferencista referiu-se a Gramsci. Porque, como explica Pedro Demo, Gramsci integra o rol de críticos do sistema interessados na mobilização política. Assim, “[...] não é praticável a mobilização política sem mobilizadores, sem organizadores e líderes, sem articuladores ideológicos que constroem a contra-ideologia” (DEMO, 1987, p. 75).

Ao analisar a posição do estado e dos governos republicanos, o professor Paim deixou evidente, mais uma vez, que a reforma sanitária é um campo de batalha ideológica e, diante do conteúdo de seu discurso, é quase impossível negar a natureza educadora do (seu) ato político, tampouco a natureza política do processo educativo (FREIRE, 1988) que ele duplamente encenou no Teatro Guararapes, em Recife (PE).

Ao final da conferência, ouviam-se comentários sobre o tema apresentado pelo preletor, e a conclusão sobre a necessidade da utopia para o resgate dos princípios da RSB. Mas, Hitlodeu adverte sobre os riscos para se chegar à ‘ilha’ sem aparatos teórico-práticos de segurança: “Outros rochedos ficam ocultos sob a água, e são por tal razão muito perigosos” (MORE, 2008, p. 53). Desse modo, somente os mais atentos às mudanças que configuram o ‘transformismo’ e a ‘revolução passiva’ no campo da saúde no Brasil poderão motivar e orientar os indivíduos para a procura desse caminho. E foi o que Paim, como acadêmico ainda engajado, tentou fazer na ABRASCO 2009, pois, como ensina o personagem de More (2008),

[...] só os naturais da ilha conhecem os passos navegáveis. Por isso quase nenhum navio estrangeiro se atreve a penetrar no porto sem um piloto utopiano. Aos próprios habitantes se tornaria perigosa a entrada, se não tivesse, na costa, certos pontos de referência que os orientassem. (MORE, 2008, p. 53).

A utopia nasce do desejo de construir coletivamente e democraticamente um novo ‘fazer’ em saúde e na formação para a saúde, o que pressupõe uma mudança na estrutura da sociedade, não somente no campo acadêmico, mas nas esferas do econômico, do social, da política e da cultura. O recado de Paim reitera a importância da busca do saber e do fazer político por quem atua no campo da Saúde Coletiva, trazendo a ‘praxis’ mais uma vez para o centro das alternativas, pois, as conquistas institucionais na esfera da saúde pública não estão plenamente consolidadas, não são intocáveis, não se constituem simplesmente com a implantação e a ampliação gradativa de unidades e serviços nos diversos níveis de complexidade do sistema, quando o que está em jogo é o modelo de atenção à saúde ofertado, e, por consequência, a sua qualidade.

Como acadêmico, a posição adotada por Paim, em Recife (PE), induz a necessidade de reflexões sobre o papel da academia, tanto na formação dos profissionais visando ao novo modelo assistencial, quanto no embate de natureza ideológica no que concerne à implementação do sistema de saúde como reflexo de uma disputa no âmbito das políticas públicas.

4. Utopia, pensamento científico e o papel dos atores na construção da saúde

A postura do conferencista baiano no Congresso da ABRASCO 2009, onde o pensamento acadêmico-científico sempre predomina, estimula a seguinte reflexão: Que papel deve desempenhar hoje o universo acadêmico, os militantes da saúde coletiva na avaliação das políticas públicas que afetam a saúde como direito? Em que dimensão esses atores utilizam a estratégia utópica para pensar o contexto e intervir sobre ele?

Essa estratégia utópica se elege, pressupõe a utopia no sentido do concreto, do possível como o resultado da ação política ou da práxis, portanto, mais para objetivo, uma busca coletiva, do que para um sonho individual. A própria ilha da Utopia é um lugar onde, para More (2008), as coisas acontecem mediante um esforço coletivo para a construção de um estado republicano aprimorado em garantir o bem-estar social, no qual a saúde se insere como prioridade, onde a desigualdade não existiria, pelo menos, no patamar que conhecemos. Esse conceito de utopia aproxima-se daquilo que Freire (1982) chama de “utopia revolucionária”, dinâmica, e não estática; de seres vivos críticos e não de mortos ou passivos frente às ordens e às imposições de cada tempo e lugar.

Ao apresentar seu ponto de vista sobre o processo da RSB naquela manhã, Paim acenou com uma convicção utópica, contrária à acomodação, esta que configura o que Jaime Breilh chama de ‘academicismo elegante’, parcimonioso, sem propósito social. Muito antes, Darcy Ribeiro disse, em seu momento histórico, que “[...] a futilidade da pesquisa universitária é quase total do ponto de vista da escolha de opções políticas” (RIBEIRO, 2007, p. 89), demonstrando que a academia não está imune à inércia. Não fora à toa que Breilh (2006) reafirmara o mesmo em relação à característica pós-moderna da produção científica acadêmica:

Essa circunstância levou-nos a afirmar que, na era atual, existe uma sagrada aliança entre o positivismo e o culturalismo, com o objetivo de reproduzir a hegemonia e cercear as mentes dos profissionais e cientistas da saúde em geral, e da saúde pública em particular. (BREILH, 2006, p. 107).

Se diversos autores percebem essa circunstância, é natural considerar que a postura de Jairnilson Paim no congresso da ABRASCO 2009 foi um misto de sinais e sintomas de uma angústia endêmica que se espalha do mundo acadêmico para a sociedade, e vice-versa.

Não há como desconsiderar, diante da postura de Jairnilson Paim, no ABRASCO 2009, a emergência de uma prática acadêmica emancipadora e emancipada,

politicamente engajada na luta pelos princípios e diretrizes do SUS como resultado de conquistas mais amplas da sociedade brasileira. Nessa direção, retomamos a análise feita por Darcy Ribeiro ao referir-se à postura do cientificismo acadêmico contemporâneo:

Isso não só no plano da pesquisa científica, mas também no plano prático da formação profissional. Tome-se, por exemplo, o caso dos economistas. Para ser economista graduado, o jovem tem que levar em conta uma imensa parafernália, tem uma verdadeira lavagem de cérebro, que acaba por desvinculá-lo dos problemas reais de seu país. Simula-se fazer dele um analista científico isento, mas de fato ele é treinado para servir como contador zeloso da pecúnia patrimonial ou como eficiente sonegador de impostos. Se acaso ele se dedica à pesquisa científica, raramente tem coragem de enfrentar qualquer problema relevante do plano social. Pensar numa economia que garanta a prosperidade generalizável a todos, para ele pareceria uma coisa que oscila entre o utópico e o subversivo. (RIBEIRO, 2007, p. 90).

Ribeiro (2007) nos fornece instrumentos para o entendimento da correlação entre o papel de quem faz a ciência, de quem educa e de quem é educado na manutenção ou não de estruturas conservadoras, chamando a atenção para a conduta comum de estudantes e professores que desmerecem a utopia e o caráter subversivo do homem na luta por direitos, neles contidos o direito à saúde e à qualidade de vida.

Quando surgiu no Teatro Guararapes para contrariar o ‘coro dos contentes’, o professor Paim reinstaurou uma antiga ordem esquecida de atores ‘iracundos’. Na visão de Darcy Ribeiro os ‘iracundos’ são os intelectuais raivosos, “como o Gregório de Matos, que é uma beleza de iracundo”. Mas existem também os intelectuais ‘áulicos’, uma forma mais numerosa, “[...] ajudante de ordens, aquele que está contente com o mundo tal qual é, e fazem o seu papel” (RIBEIRO, 2007, p. 125), papel que Paim parece não concordar, optando pela utopia e pela práxis no campo da saúde.

Mas não se trata aqui de uma utopia fantasiosa. Contudo, de uma utopia mais próxima daquela descrita por Darcy Ribeiro na obra a ‘Utopia Selvagem’. Assim, Ribeiro (2007) explica a sua opção utópica tomando por comparação as aspirações de Thomas More:

Originalmente, no Thomas More, a utopia não era projeto, nem a minha utopia também é. Ela é apenas uma máquina de pensar, um contraste para obrigar a pensar, uma forma de quebrar a ilusão das falsas utopias que nos oferece o desenvolvimento progressista [...] Meu projeto utópico é para ser realizado aqui e agora. (RIBEIRO, 2007, p. 127).

É a utopia como combustível da ação crítica e transformadora da realidade de certa ordem que, sendo conservadora por princípio, se coloca na condição de eterna.

Paim apresentou o seu discurso aos veteranos e jovens a ponto de provocar-lhes um choque nas concepções, ou, no mínimo, alertá-los para o fato de que estar contente com o mundo tal qual é seria desconhecer o conteúdo do processo de construção e desconstrução do próprio mundo, do ponto de vista de certa matriz ideológica que não aceita a vida social como processo, e, portanto, como mutável.

O resgate da luta coletiva pela reforma sanitária passa, impreterivelmente, pela reformulação do modelo teórico-prático do ensino e do caráter transformador da pesquisa científica, bem como pela gestão do trabalho que possibilite a autonomia dos que constroem e reconstroem a saúde cotidianamente. Uma luta utópica implica em ruptura com a proposta de universidades formadoras de mão de obra ‘qualificada’ para atender à lógica da produtividade fabril, quando a sociedade precisa de trabalhadores da saúde críticos e autônomos, envolvidos com a realidade e mais atuantes do ponto de vista das proposições e da integração dos múltiplos campos do conhecimento, sem a qual não se faz promoção da saúde.

Quando se atinge a democracia, novas formas coercitivas surgem no lugar das ditaduras, geralmente, mais sutis, mas não menos limitantes do pensamento e

da ação. Uma sutileza perigosa que mina a estrutura em formação das grandes conquistas sociais, a exemplo do SUS, que agora precisa de ‘defesa’. A tarefa mais árdua não é questionar o momento, posto que as contradições de um mercado capitalista são cada vez mais perceptíveis no globo. A lógica privada da saúde vai ganhando força, quando os novos atores não se libertam das práticas limitantes da emancipação e da organização do pensamento contra-hegemônico, e vão se tornando cúmplices do que antes combatiam. Essa parece ser a etapa mais complexa a ser transposta, por sua dialética. No auge do ‘Ctrl+X’ e do ‘Ctrl+V’, assistimos à hegemonia da alienação e do descompromisso com o saber que ainda campeia o universo das escolas. Essa percepção, entretanto, não é nova:

Quando voltei à universidade brasileira, levei um susto; havia estudante de antropologia que nunca tinha lido uma obra inteira. É preciso lutar contra o baixo clero que tomou conta do mundo universitário e ajudou a criar a geração xérox [...] Estou velho, os jovens é que devem mudar tudo isso. (RIBEIRO, 2007, p. 180).

De tudo ouvido no Teatro Guararapes, naquela manhã, ficou que a utopia não é apenas um desejo maior, é uma estratégia para o fomento do pensamento e da ação, que deve acontecer em qualquer canto do mundo. A utopia pode ser até mesmo um lugar, como imaginou Thomas More, cinco séculos atrás. Pode ser o município, o estado, o país. Até mesmo pode ter sido o Teatro Guararapes, onde o professor nordestino fez um brilhante discurso utópico em favor da RSB. E, sendo ela tão importante, cabe recordar a mensagem de Oscar Wild: “Um mapa que não tem a localização da Utopia, não merece ser guardado”, porque, “[...] uma característica do ser humano é a de ser um fabricante de utopias” (WILD *apud* BREILH, 2006, p. 165).

Para se chegar ao sonho essencial da reforma sanitária, é preciso que se tenha como meta a utopia, o lugar da práxis com toda a sua historicidade, com toda a sua territorialidade. Se, em função das barreiras ‘naturais’, não for possível chegar a alcançá-la, pelo menos, em algum sonho, pedaço de terra, assoalho de

pedra, tocaremos. Mas, o que tem de bom na Ilha da Utopia? Segundo Hitlodeu, todo morador da Utopia já possui “[...] o direito de alimentar-se e a tirar da terra o seu sustento” (MORE, 2008, p. 65). Os utopianos também têm acesso universal aos cuidados de saúde, podendo escolher até em que condições devem

morrer, segundo Rafael Hitlodeu. E tudo isso foi instituído numa ilha. Imagine no século XVI...

Por fim, não estariam nessa ‘ilha’, em exercício, alguns direitos universais, princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde, bases da Reforma Sanitária Brasileira?

Referências

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DEMO, P. *Avaliação Qualitativa*. 5.ed. Campinas: Autores Associados, 1987.

FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

_____. *A importância do ato de ler*. 21.ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1988.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 38.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

MORE, T. *A Utopia*. São Paulo: Martin Claret, 2008.

OLIVEIRA, F. *O avesso do avesso*. Piauí, São Paulo, n. 37, 2009.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para uma compreensão e crítica*. Salvador: ADUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

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

RIBEIRO, D. *Encontros*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2007.

PUTNAM, R. D.; LEONARDI, R.; NANETTI, R. Y. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. 4.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

Recebido para publicação em Setembro/2011

Versão final em Abril/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia

Neoliberal Reforms, Brazilian Health Care Reform and Private Law State Foundations: analysis of a Family Health State Foundation (FESF-Bahia) document

Felipe Monte Cardoso¹, Gastão Wagner de Souza Campos²

¹ Mestrando em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Médico Assistente do Programa de Saúde da Família da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. felipe_mcardoso@yahoo.com.br

² Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

RESUMO A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) coincidiu com um período da história brasileira hostil a direitos sociais universalistas, no qual se aprofunda o padrão de dominação de classes no País, determinado pela subordinação a interesses externos e por um regime de segregação social. As reformas neoliberais – atual expressão deste padrão – se chocam frontalmente com as proposições da reforma sanitária brasileira. Este estudo analisou um documento da Fundação de Saúde da Família da Bahia, onde se encontraram os principais elementos das reformas neoliberais: a acomodação ao ajuste fiscal, a retirada de direitos dos trabalhadores, a lógica corporativa na gestão dos serviços de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Reforma Sanitária Brasileira; Fundações Estatais de Direito Privado; Sistema Único de Saúde; Reformas Neoliberais; Direitos Civis.

ABSTRACT *The implantation of the Unified Health System (SUS) has coincided with a period of Brazilian history of hostility toward universal social rights, in which the pattern of class domination in the country is deepened, determined by subordination to external interests by a regime of social segregation. The process of neoliberal reforms, a current expression of this pattern, clashes head on with the propositions of the Brazilian public health reform. This study has analyzed a document from the Fundação de Saúde da Família da Bahia, in which the main elements of the neoliberal reforms were found: the accommodation to fiscal adjustment, the removal of worker rights, the corporative logic behind health care service management.*

KEYWORDS: *Brazilian Health Care Reform; Private Law State Foundations; National Health System; Neoliberal Reforms; Civil Rights.*

Introdução

Os últimos 20 anos têm sido marcados, no Brasil, por uma série de mudanças na orientação de diversas políticas de estado que podem ser chamadas de ‘políticas de ajuste neoliberal’ ou ‘reformas estruturais neoliberais’, cujos núcleos comuns são a adequação da institucionalidade estatal às necessidades do ‘capital oligopolista’ como resposta à grave crise dos anos 1980. Sob o ponto de vista das políticas sociais, os elementos fundamentais das reformas neoliberais são o corte orçamentário e a privatização (SOARES, 1998).

No caso das sociedades latino-americanas, estes processos tornam-se ainda mais graves. A subordinação à dinâmica das grandes corporações transnacionais, o regime de segregação social e a inadequação entre progresso tecnológico e incorporação dos ganhos de produtividade pelo conjunto da população são os traços constitutivos do capitalismo dependente e do subdesenvolvimento, características estruturais destas sociedades (FERNANDES, 2006; FURTADO, 1982; SAMPAIO JÚNIOR, 1999).

Diante dos impasses colocados para o conjunto das políticas sociais, uma série de debates tem sido travada pela sociedade brasileira. Dentro de uma conjuntura de ‘restrição crônica ao financiamento dos direitos sociais’ existe uma série de propostas de mudança nos ‘modelos de gestão’ dos serviços públicos, de forma a, supostamente, poder ampliá-los. No caso da saúde, há diversas propostas em execução ou debate: das mais precoces Organizações Sociais (OSs), passando pelas Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e pelas recentes Parcerias Público-Privadas (PPPs) e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A., todas são propostas de modelos administrativos que alegam dar conta dos impasses na prestação de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo deste trabalho é compreender os fundamentos da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia, que é uma modalidade de FEDP. A importância desta fundação se dá pela relevância do Estado e pela abrangência da mudança de gestão do sistema de saúde em geral, além da força de trabalho,

em especial. Este trabalho pretende realizar uma análise do documento ‘FESF: SUS Inovação Radical na Estratégia de Saúde da Família’ (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009), dentro do contexto de ajuste neoliberal vivido pelo Brasil atual.

Capitalismo dependente e democracia restrita

O longo processo de consolidação do capitalismo brasileiro e da dominação de classe pela burguesia brasileira está ancorado em um traço estrutural fundamental: a existência de uma dupla articulação que atrela o padrão de acumulação e de dominação ao imperialismo e aos anacronismos da sociedade colonial (SAMPAIO JÚNIOR, 1999).

Esta característica resulta de um processo histórico singular, no qual os frutos do desenvolvimento capitalista não são aproveitados em benefício da sociedade nacional:

Os povos de origem colonial ou não participaram desta evolução do capitalismo [dos países centrais], ficando à margem das verdadeiras vantagens desta civilização, ou participaram dela como colônias, semicolônias e nações dependentes. (FERNANDES, 2000, p. 108).

Este processo teve o significado histórico de uma revolução burguesa ‘atrasada’ ou ‘interrompida’. Isto significa que existe uma dissociação:

O circuito da revolução é interrompido no patamar a partir do qual os seus dividendos seriam compartilhados seja com os ‘menos iguais’ das classes dominantes, seja com os ‘de baixo’. A interrupção só fica evidente por meio de um artifício comparativo: o que se sucedeu em outros casos análogos dos países centrais e o que aconteceria se [...] De fato, o raio dessas revoluções é tão pequeno que seria uma ‘anomalia’ se elas ocorressem de outra forma. (FERNANDES, 1981, p. 75)..

Isto quer dizer que as ‘mudanças sociais construtivas’ das revoluções burguesas clássicas – dentre elas, a generalização de liberdades individuais e coletivas –, além do amplo acesso aos bens e serviços produzidos em uma determinada coletividade não fazem parte da consolidação do poder burguês no Brasil. O padrão de dominação de classes engendrado e consolidado pelo regime ditatorial é chamado, por esse autor, de ‘autocrático-burguês’; a expressão histórica do coroamento da revolução burguesa, ‘atrasada’ ou ‘interrompida’,

[...] serviu de fulcro à reaglutinação e à reorientação da dominação burguesa, adaptando-se às complexas e drásticas exigências de uma rápida transição para o capitalismo monopolista, sob impulsão e controles externos. (FERNANDES, 1995, p. 135).

O padrão de luta de classes próprio deste regime é decorrente de uma profunda assimetria na correlação de forças, em que o poder político é monopolizado por uma classe dominante impotente para fazer frente à dominação externa, e totipotentes para impor unilateralmente sua vontade ao conjunto da população (SAMPAIO JÚNIOR, 1999). Assim, a dinâmica de transformação política e socioeconômica nestas sociedades é extremamente penosa:

[...] privados de meios de organização e consciência, de participação social, econômica e política, os de baixo gravitam em um mundo de mínimos políticos. Demoram décadas para alcançar o que poderia ser feito em meses e perdem em uma cartada (aplicada sem dó pelos de cima) o fruto de longos anos de laboriosa porfia com o destino. (FERNANDES, 1985, p. 135).

Para Lopez e Mota (2008), esta situação não se altera substancialmente até os dias de hoje:

[...] nesta história, o que sobra mesmo, é o modelo autocrático-burguês, persistente, presente nos dias que fluem como naqueles em que

Florestan Fernandes o detectou, em 1975, em sua obra clássica. Tal modelo não foi desmontado, embora as aparências de uma democracia liberal levem a pensar estar-se vivendo em um modelo de República democrático-burguesa. [...] No Brasil, a autocracia mudou de forma, modernizou-se, mas as remanescências de uma ordem e do mores burocrático-estamental inseriram-se em uma sociedade de classes – que absolutamente ignora o que significa contrato social, mal formada e mal educada, impregnando-a e amoldando-a a sua imagem e semelhança. (p. 979-980).

Em um contexto em que a democracia brasileira ganha os contornos de uma ‘democracia restrita’ aos círculos dominantes, cabem considerações sobre como as reivindicações em torno da ‘democratização progressiva’, tão caras ao movimento de luta pela reforma sanitária, se chocaram com a ordem social e política brasileira.

Reforma Sanitária Brasileira, SUS e Reformas Neoliberais

Dentro do conjunto da efervescência social de fins das décadas de 1970 e de 1980, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem importância fundamental não apenas pela criação do SUS – uma de suas bandeiras mais importantes –, mas pela defesa de um direito à saúde em sentido amplo. De forma sintética, a RSB pode ser vista

[...] como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do

processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma 'totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p. 173).

Dentro deste espírito de 'totalidade de mudanças', no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, profundamente influenciado pelas proposições do movimento sanitário e de defesa do direito à saúde, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde destaca a importância da determinação social do processo saúde e doença, expressa, entre outras formas, pela defesa da suspensão imediata dos juros da dívida externa, bem como o não pagamento desta; da reforma agrária subordinada às necessidades dos trabalhadores do campo e sob o controle destes; de direitos amplos à educação, ao trabalho, à organização e à greve (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Atualmente, chama a atenção o hiato entre as proposições democráticas radicais do movimento original e o caráter restrito da democracia brasileira. No campo do direito à saúde, a pergunta sobre 'o que deu errado na reforma sanitária?' tem sido debatida em diversas publicações (FLEURY, 1997; FALEIROS *et al.*, 2006; CAMPOS, 2007; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2008; PAIM, 2008). No entanto, na atual conjuntura, o acesso aos serviços de saúde continua, de diversas formas, bloqueado, e o processo de adoecimento da população está em descompasso com o devido ao posto de sexta economia mundial ocupado pelo Brasil: na América Latina, a expectativa de vida brasileira (2011) só é maior do que a de El Salvador, a da Nicarágua, a da Guiana, a da Bolívia, a do Haiti, a da Jamaica, a de Trinidad e Tobago e a do Suriname; nossa

mortalidade infantil (2009) é o dobro da mexicana e da argentina, mais do que o triplo da chilena e quatro vezes maior do que a cubana, além de também ser maior do que a da Colômbia, a da Guiana, a do Panamá e a do Suriname (OPAS, 2012). Segundo a PNAD 2009, três em cada dez domicílios brasileiros vivem em situação de insegurança alimentar, mesmo sendo o combate à fome um dos pilares da política social do último governo. O uso indiscriminado de agrotóxicos no Brasil, que representa 20% do mercado mundial para o setor, já contamina pelo menos 37% da amostra testada pela ANVISA, e está relacionado à epidemia de suicídios nas áreas do agronegócio (CARNEIRO *et al.*, 2012).

Neste sentido, o alcance incompleto e descontínuo das conquistas do movimento de reforma sanitária se relaciona à inviabilidade da estratégia de conquistas progressivas e cumulativas de direitos universais no interior do Estado brasileiro. O amplo domínio do grande capital sobre todas as esferas da sociedade e do poder estatal, bem como o ataque permanente aos direitos da classe trabalhadora (previdência, leis trabalhistas, organização sindical, educação pública, entre outros) escancararam os estreitos limites do capitalismo dependente. O que agrava o cenário é o enfraquecimento objetivo e subjetivo do conjunto das forças sociais e políticas tributárias da luta dos anos 1970-1980¹.

Cabe, ainda, um balanço sobre o maior produto do movimento pela RSB, o Sistema Único de Saúde. Como objetivo deste texto, não se pretende uma consideração longa a este respeito, mas é preciso listar alguns elementos que condicionam os avanços e retrocessos da política pública de saúde no Brasil²:

1) A coexistência de um setor privado de seguros-saúde, que se fortaleceu e é tendencialmente hegemônico – Permitida pela Constituição Federal de 1988, é um dos principais bloqueios estruturais ao aprofundamento do caráter público do SUS:

Parece grave notar que o paralelismo do subsistema privado em relação ao SUS produz

¹ Para um discussão sobre aspectos atuais desta crise, conferir SAMPAIO JUNIOR, P. A. *Brasil: as esperanças não vingaram*. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

² Não se quer, aqui, dizer que os pontos a seguir resumem integralmente os problemas que bloqueiam a implantação do SUS. O que se quer ressaltar é como os três pontos elencados colocam óbices estruturais para que questões como essas não consigam superar a marginalidade na construção do SUS, ou, em outras palavras, tornarem-se hegemônicas.

efeitos nocivos sobre a regulação do sistema de saúde (ausência de planejamento), sobre o financiamento público (elevação dos custos, renúncia fiscal, boicote ao ressarcimento), sobre a organização dos profissionais de saúde (dupla militância), sobre a regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial) e sobre a equidade do acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada). (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009, p. 73)³.

Isto significa, na prática, a existência de dois sistemas de saúde no Brasil: um para os ricos e remediados, e outro para os ‘deserdados’. No limite, comprime o SUS para as margens de uma política pública focalista, isto é, para o seu inverso.

2) A sucessão de ataques ao financiamento dos direitos sociais nas décadas de 1990 e 2000 – Desde os vetos de Collor aos pontos sobre financiamento ao SUS, nas leis nº 8.080 e nº 8.132; passando pela criação do que hoje se chama Desvinculação das Receitas da União (DRU), pela criação do regime de metas de inflação, pela perenização da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), pelas propostas de reforma tributária que são, simplesmente, desoneração do capital, entre outros pontos, o financiamento dos direitos sociais – incluindo a saúde – sofre a violência da política de ajuste fiscal, isto é, do sacrifício dos direitos democráticos em detrimento da remuneração da burguesia rentista, nacional ou internacional, que vive da dívida pública brasileira. Isto faz Santos (2009) afirmar que

[...] o financiamento do SUS é ineficiente, a ponto não somente de impedir a implementação progressiva e incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão, em função de cumprimento dos princípios constitucionais. (p. 14).

3) As novas formas de gestão da força de trabalho – Em decorrência do processo acima, em especial da LRF, que coloca limites estreitos para o gasto com pessoal, os governos que se sucederam no período, todos agentes do ajuste fiscal, propuseram reformas administrativas que enquadrassem as políticas públicas dentro dos limites do consenso neoliberal. Exemplos são as Organizações Sociais (OSs), as Parcerias Público-Privadas (PPPs) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs).

No conjunto, os pontos acima sintetizam o que significa o ‘processo de reformas neoliberais’ ou de ‘ajuste neoliberal’ no setor saúde. O termo é controverso e objeto de muitas polêmicas na sociedade brasileira, apresentando diferentes significados para diversos autores e atores sociais. Para uma compreensão adequada deste processo histórico, é preciso, em primeiro lugar, chamar a atenção para “[...] a distância existente entre os processos ‘reais’ e as ‘doutrinas’ assumidas pelas políticas de estabilização” (SOARES, 1998, p. 37). O discurso clássico dos defensores de reformas neoliberais estrutura-se a partir da alegada necessidade de ‘redução do Estado’ em detrimento da ‘desregulamentação da economia’, de forma a dar vazão aos desígnios do ‘mercado’ e fazer avançar o ‘desenvolvimento capitalista’. Essa visão, porém, abstrai “[...] o papel histórico desempenhado pelo Estado na estruturação do nosso capitalismo” (SOARES, 1998, p. 271).

Além disso, mesmo com o padrão atual de acumulação capitalista, que deslocou “[...] as grandes decisões sobre financiamento, transferência de tecnologia, produção e comércio da órbita institucional predominantemente pública para a predominantemente privada”, isto não significou a ‘retirada do Estado’. Ao contrário,

mesmo com o aprofundamento da crise econômica [...], quando a tendência dominante se desloca para o controle das políticas monetária e fiscal de ajuste macroeconômico, o Estado não só não abre mão do seu papel estruturante, como em alguns casos assume medidas claramente

³ Outro ponto importante a respeito das assimetrias de classe internamente ao SUS, que representa a ‘outra ponta’ das desigualdades sociais no atendimento à saúde, é o fato de que procedimentos mais deficitários, como atendimento ao politraumatizado, complicações prolongadas de transplantes e terapia intensiva, são cobertos exclusiva ou majoritariamente pelo próprio SUS.

neoprotecionistas diante do agravamento das condições de concorrência. (SOARES, 1998, pp. 271-272).

Em outras palavras, o processo de reformas neoliberais não se expressa na dicotomia ‘mais Estado x menos Estado’⁴, mas em uma mudança qualitativa a respeito do papel do Estado nos marcos da fase atual do capitalismo.

Para efeitos deste texto, o ‘processo de reformas neoliberais’ significa o conjunto de modificações institucionais no âmbito do Estado Nacional que procuram: 1) Retirar a capacidade do Estado Nacional de controlar as variáveis mais importantes relativas à soberania nacional frente aos desígnios do grande rentismo; 2) Restringir o gasto público, em geral, mas especialmente no que diz respeito aos direitos sociais. Como exemplos se podem citar a restrição aos gastos com moradia, a reforma agrária, e, como exposto acima, a saúde; 3) Vender o patrimônio nacional, isto é, privatizar – aberta ou veladamente – as empresas públicas nacionais, bem como o patrimônio natural do País, como os minérios e a terra, com vistas à expansão do agronegócio; 4) Privatizar os direitos sociais, isto é, mercantilizar ‘serviços’ que deveriam ser direitos garantidos pelo Estado: saúde, educação, previdência, moradia e transporte, em escalas e naturezas diferentes.

Diga-se que a tendência de saturação mercantil de todas as esferas da vida social é um componente estrutural das transformações recentes da sociedade capitalista discutidas por Mézaros (2007). Esta tendência, ao ser analisada sob o ponto de vista da reforma dos estados nacionais na América Latina, é expressa por Boron (2004) nos seguintes termos:

Cuando estos ‘retoques’ duran más de diez años pierden el dicho carácter y se convierten em proyectos – muchas veces caóticos e incoherentes, y siempre furtivamente coercitivos – de fundar un novo tipo de sociedad. Esto último

es precisamente lo que ha ocurrido em América Latina: capitalismo neoconservador, sociedades duales, marginación de las masas otrora integradas, ruptura del tejido social y desagregación de los mecanismos de integración, capitulación de la soberania nacional, degradación de la política, etc. (p. 260).

Desde o começo dos anos 1990, sobram exemplos de medidas que se enquadram nesta discussão: nos governos Collor (privatizações e abertura financeira), FHC (venda da Vale do Rio Doce e da Telebras, e reformas da previdência e administrativa), Lula (nova reforma da previdência e privatização de rodovias) e Dilma (privatização da Infraero) há uma linha de continuidade de reformas neoliberais. Independentemente das diferenças dos projetos de cada agrupamento político e de seus governos, o fato essencial é que os problemas fundamentais da sociedade – , como reforma agrária, moradia, garantia de emprego com condições de trabalho e salários dignos – esbarram no modelo que privilegia a remuneração dos oligopólios transnacionais.

No caso do gasto público, embora tenha havido diferenças entre as décadas de 1990 e 2000, como a expansão de programas de transferência de renda, o subfinanciamento global dos direitos sociais persiste. O gasto federal com saúde, educação, trabalho e emprego, e Desenvolvimento Social e Combate à Fome somou apenas R\$ 242 bilhões (5,85% do PIB) em 2011 (CHAVES; RIBEIRO, 2012), enquanto o gasto federal com juros e amortização da dívida pública correspondeu a R\$ 708 bilhões (17,9% do PIB) (FATORELLI; ÁVILA, 2012). Em 2009, no caso da saúde, os gastos totais (públicos e privados) foram de R\$ 276,6 bilhões (8,8% do PIB), dos quais mais da metade (4,8% do PIB) foi privada. Dos gastos públicos, metade foi executada pela União (IBGE, 2012). Sinteticamente, o padrão observado é:

Limitam-se os gastos sociais às políticas de cunho focalizado como transferência de renda,

⁴ Um exemplo é a evolução da carga tributária brasileira em relação ao PIB: em 1965, representou 19% deste; em 1986, 26,2%; em 1990, 25,21%; em 1996, 28,97%; e em 2007, 35,3%. O peso do Estado no Brasil aumentou, ainda, a partir do início do processo de reformas neoliberais (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2008).

⁵ Por exemplo, medidas macroeconômicas que limitem o controle da moeda, do câmbio, das barreiras alfandegárias, com o sentido de assegurar a livre movimentação do capital em todas as suas morfologias, seja ele ‘especulativo’ ou ‘produtivo’.

como o Bolsa Família, em desfavor de políticas sociais mais universais, de avanço de serviços sociais mais amplos, como os do âmbito da saúde pública e universal. Em paralelo a isso, atende-se a interesses do setor financeiro e do grande capital industrial do Brasil, que vêm sendo os grandes beneficiários desta política. (FATORELLI, 2013).

Fundação Estatal de Direito Privado no contexto da contrarreforma do Estado

No caso dos modelos de gestão, diversas modalidades têm sido propostas em decorrência da reforma administrativa de Bresser-Pereira (1995-1998), que tinha os pressupostos de garantir flexibilidade e agilidade para a máquina pública. Um dos modelos, as Organizações Sociais (OSs) são assim definidas por Ibañez e Vecina Neto (2007):

[tem] personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo contrato de gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público; tem privilégios tributários”. Este modelo foi alvo de diversas críticas. (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SÃO PAULO, 2008; PAHIM, 2009).

Para Paim e Teixeira (2007), a FEDP viria no sentido da

[...] necessidade de experimentar novos formatos institucionais permeáveis à gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo, com garantia

de um corpo técnico estável através de seleção pública e carreiras específicas”.

Estes autores, no entanto, ressaltam que o modelo por se não traz soluções: é necessário acabar com a restrição orçamentária à saúde e avançar com a democratização do Estado:

A ‘Reforma do Estado’ empreendida na década de 90 para torná-lo ‘gerencial’, regulador, fora da produção econômica e da prestação de serviços é distinta de uma Reforma Democrática do Estado para torná-lo efetivamente público. Esta passa pela radicalização da democracia e da Reforma Sanitária Brasileira, implantação da Seguridade Social e desenvolvimento do SUS, e pela formulação e condução de políticas contrahegemônicas. (p. 1828).

Para Sara Granemann (2008), porém, a proposta da FEDP é a continuidade do processo de ‘contrarreformas de Estado’ iniciado por FHC, pois o objetivo declarado da proposta de FEDP era o de regulamentar a Emenda Constitucional 19/98 (MPOG, 2007 *apud* GRANEMANN, 2008). Segundo esta autora, três aspectos do projeto embasam sua posição: ele representa a ‘privatização das políticas sociais’, o ‘ataque aos trabalhadores’ e o impacto ideológico causado pelo ‘fetiche da grande empresa’.

Com relação ao primeiro aspecto, o caráter privatista fica explícito na citação do documento: “[...] setores em que cumpre ao Estado atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhe sejam exclusivas”. (MPOG; 2007 *apud* GRANEMANN, 2008, p. 37). Em suma, os direitos sociais que ‘não são exclusivos’ ao setor público – como saúde, educação ou cultura – seriam garantidos em lógica privada, necessariamente, pela ‘concorrência com a livre iniciativa’, e não pela superação da lógica mercantil.

O segundo aspecto é corolário do primeiro e tem quatro componentes. O primeiro diz respeito

à precarização do vínculo trabalhista, rebaixado de estatutário para celetista. A argumentação está no escopo da lógica privada.

Por outro lado, nas áreas em que atua de forma concorrente com a iniciativa privada, é indispensável que o Estado possa aplicar o regime de emprego celetista, mais flexível e aberto à inovação e à especialidade, atributos essenciais a quem atua em ambiente concorrencial e precisa garantir a qualidade dos serviços e a incorporação de novas tecnologias geradas para o setor. (MPOG, 2007 apud GRANEMANN, 2008, p. 38).

O segundo componente diz respeito à modalidade de contratos de gestão⁶. Estes, sob a bandeira da eficiência da coisa pública, na verdade, têm constituído engenhoso expediente para ‘poupar’ recursos estatais em detrimento de ganhos salariais, da degradação das aposentadorias, da piora das condições do serviço público, do aumento da exploração dos servidores, como se encontrou em São Paulo.

O terceiro componente se refere à fragmentação imposta pelo projeto à categoria dos servidores públicos⁷, que tem reduzido ainda mais seu poder de reivindicação frente à compressão salarial e à piora das condições de trabalho.

O último componente consiste no ‘direito’ que as FEDPs adquirem, de não contribuírem com o fundo público estatal, o que representa mais um dos numerosos ataques ao financiamento da Seguridade Social, agravando o cenário de subfinanciamento deste setor:

O recolhimento de impostos e de contribuições para a seguridade social (previdência, assistência e saúde) objetiva a formação do fundo público, de orçamento que financiará as políticas sociais, elas mesmas instrumentos que viabilizam os direitos e a proteção social da força de trabalho ocupada e excedente. Ora, as fundações estatais venderão seus serviços ao Estado e a outros agentes do mercado. De uma parte reivindicarão do Estado recursos para realizar a prestação de serviços e de outra não contribuirão para a formação do fundo público que sustenta a própria ‘política social’ executada pela fundação porque esta, ao prestar serviços sociais, gozará de imunidade tributária. (GRANEMANN, 2008, p. 38-39).

Por fim, ressalte-se que, no projeto das FEDP, o controle social seria feito sob os marcos do ‘controle corporativo’, isto é, no modelo da grande empresa, e não nos princípios norteadores do SUS. Assim,

[...] no que afeta ao Projeto Fundação Estatal, somente no Conselho Consultivo Social menciona-se a presença de ‘representantes da sociedade civil, aí incluídos os usuários e outras pessoas físicas ou jurídicas com interesse nos serviços da entidade’. Dado que ‘sociedade civil’ é o mais abrangente dos termos cunhados pelo liberalismo⁸ em uso em nosso país pelos últimos governos, cumpre observar que neste conceito cabem desde as representações do capital, da força de trabalho, das ONGs e de tantas outras formas representativas de interesses privados, tem-se,

⁶ Ibañez e Vecina (2007) assim definem o contrato de gestão: “Contrato de gestão’ objetivos, metas, prazos, critérios de controle e avaliação, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes; investimento anual com base em percentual de receitas em ações de inovação, capacitação de pessoal, adequação mobiliária e imobiliária; fixação de teto percentual para gastos com pessoal; dirigentes com penalidade de perda de mandatos no caso de descumprimento do contrato de gestão injustificadamente”.

⁷ Um exemplo desta fragmentação é o caso do Estado de Sergipe, onde foram criadas três FEDPs: uma para atenção básica e educação permanente (FUNESA), outra para assistência hospitalar e urgência e emergência (FHS), e a última para serviços laboratoriais, verificação de óbito e prestação de serviços vinculados à hemoderivados (FSPH). Editais disponíveis no site da Secretaria de Estado de Saúde. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.ses.se.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

⁸ O conceito de ‘sociedade civil’ é objeto de grande polêmica no campo da ciência política. Em crítica semelhante à da autora, a obra citada de Bianchi (2008) apresenta extenso debate a este respeito, à luz da teoria de Antonio Gramsci, que, ao realizar uma crítica ao que chama de ‘leitura hegemônica’ da obra deste autor, afirma que: “*Man-tendo sociedade civil e sociedade política uma relação de unidade-distinção, formam dois planos superpostos que só podem ser separados com fins meramente analíticos. [...] A incompreensão dessa unidade orgânica entre sociedade civil e sociedade política tem levado alguns autores a afirmarem que Gramsci teria caracterizado a sociedade civil como uma esfera autônoma do Estado.*”

Destaca, ainda, que este conceito tem dois aspectos: “No primeiro, a sociedade civil está associada às formas de exercício e afirmação de uma classe sobre o conjunto da sociedade. (...) No segundo, frequentemente apresentado entre aspas, destaca a capacidade de iniciativa econômica que o Estado possui no capitalismo contemporâneo” (p. 182-185).

então, um severo rebaixamento do que se defende no SUS como controle social. Ademais, a Proposta Fundação Estatal para o Conselho Consultivo Social subordina-o ao Conselho Curador – também denominado Administrativo – e não se pronuncia sobre sua composição numérica. (GRANEMANN, 2008, p. 39).

A análise acima procura demonstrar que o projeto das FEDPs está articulado com o processo de reformas neoliberais, que agravam as características ‘selvagens’ de nosso capitalismo – no caso do projeto, pelo tratamento à questão da força de trabalho e na defesa da concorrência como motor do aperfeiçoamento dos direitos sociais, bem como na restrição à constituição do fundo público. Pode-se acrescentar ainda que, ao acomodar-se aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, este processo é orgânico à política de ajuste fiscal vigente.

A Proposta da Bahia

Diante dos impasses encontrados pelo governo federal para colocar em votação o projeto das FEDPs, alguns entes federativos se anteciparam na proposição da implementação do modelo. Vai-se estudar aqui o caso da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, tendo como base o documento ‘Inovação Radical na Estratégia Saúde da Família na Bahia’, de 2009.

A justificativa da mudança de modelo tem diversas componentes, entre as quais, indicadores de saúde⁹. O documento, que atribui a maior parte desses problemas a falhas estruturais da atenção básica, toca, adiante, em um ponto extremamente sensível do SUS: as dificuldades, em grande medida relacionadas à força de trabalho, para organizar a atenção básica no conjunto de um estado: dificuldades de contratação, instabilidades das equipes, problemas para uma política salarial uniforme

e que contemple as necessidades do conjunto dos municípios da Bahia¹⁰. Além disso, a inadequação da formação universitária, dificuldades para uma política de educação permanente, vieses ‘produtivistas’ de setores da gestão, bloqueios à democracia participativa e desequilíbrios regionais (com prejuízo dos pequenos municípios no que diz respeito principalmente a capacidades técnica e política de construir uma política de AB, além das distorções políticas) fecham o cenário das principais dificuldades para o fortalecimento da atenção básica naquele Estado, conforme a avaliação do documento.

A novidade do modelo

Para superar estes problemas, a FESF aparece como uma mudança de paradigma que trará segurança e estabilidade para todos os segmentos. Entre as justificativas, estariam melhores condições de trabalho e melhora da qualidade da atenção:

Trabalhadores, que passam a contar com um emprego público, com acesso através de concurso, direitos trabalhistas e previdenciários garantidos, com uma carreira que valoriza e estimula a formação e desenvolvimento profissionais, e a segurança de que vai receber remuneração justa, em dia, e que progredirá ao longo da sua carreira; Usuários, que contarão com um serviço em funcionamento permanente, acessível, próximo à sua casa, acolhedor, humanizado e de qualidade, que buscará ouvir sua opinião e estimular a sua participação, promovendo e cuidando da saúde deste usuário e de sua família, não a desamparando nos momentos de sofrimento e doenças agudas. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 19-20).

⁹[...] a maior taxa de incidência de tuberculose, a mais elevada razão de mortalidade materna e a maior proporção de crianças com baixo peso ao nascer da Região Nordeste” (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 8).

¹⁰“Menos de 21% dos municípios da Bahia possuem enfermeiro com vínculo estatutário; menos de 12%, algum médico; e menos de 8%, algum cirurgião-dentista. Na imensa maioria dos casos, as relações de trabalho são precárias (sem a garantia dos direitos e com vínculos terceirizados) e o trabalhador fica sem proteção em situações de afastamento e doenças, e muito vulnerável a todo o tipo de arbitrariedade, dada a elevada instabilidade no emprego” (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 13).

No entanto, a defesa do modelo de fundação estatal é feita resgatando-se os argumentos do governo federal a partir de 2005 e o processo político induzido pelo governo estadual a partir de 2007, que contou com ampla adesão dos municípios. Define a FESF como

[...] um organismo da administração indireta, parte do Estado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo, dotado de personalidade jurídica de direito privado. Trata-se de uma forma de descentralização e especialização do Estado Brasileiro para prestar serviços sociais com maior efetividade, agilidade e qualidade aos cidadãos. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 27).

Avançando na apresentação, faz-se uma diferenciação entre outros entes da administração pública e o porquê de um novo modelo, seguido por um quadro comparativo. A FESF seria diferente porque

As Fundações Estatais (FE) nascem da constatação de que o Estado precisava de uma outra figura da administração pública, diferente da administração direta, das autarquias e das empresas estatais, para ter mais qualidade, universalidade e agilidade na prestação de serviços públicos que são direito do cidadão e dever do Estado. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 29).

Desta forma, ainda que a FESF se proponha a combater desvios gritantes que ocorreram no processo de implementação do SUS, como no caso de alguns aspectos da descentralização, seu modelo está conforme aos limites impostos pelo processo de reformas neoliberais. Mais ainda, o bloco de poder que a propõe parte do princípio de que a coisa pública é legitimada ao assumir a morfologia e o funcionamento da coisa privada, ainda que

[...] a FESF-SUS só pode prestar serviços ao setor público, isto é, está vedada a cobrança direta ou indireta dos seus serviços aos

usuários ou a venda de serviços a empresas privadas e planos de saúde. Ela não produz bens e serviços para o mercado, só para o setor público e mediante contrato de gestão. Seus serviços são universais, sendo vedada a 'dupla porta' de acesso e a segmentação da clientela. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 34).

A consideração que cabe: Por que a correção dos desvios não é feita no âmbito da administração pública direta? Ou, ainda, por que, no caso da necessidade de se criar autarquias ou fundações, não se apela para o direito público?

O regime de trabalho, os vencimentos e as carreiras

Na justificativa do projeto, demonstra-se que

Menos de 21% dos municípios da Bahia possuem enfermeiro com vínculo estatutário; menos de 12%, algum médico e menos de 8%, algum cirurgião-dentista. Na imensa maioria dos casos as relações de trabalho são precárias (sem a garantia dos direitos e com vínculos terceirizados) e o trabalhador fica sem proteção em situações de afastamento e doenças e muito vulnerável a todo o tipo de arbitrariedades, dada a elevada instabilidade no emprego. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 13).

A solução para a 'precarização' é o concurso público com contrato pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A precarização é um conceito relativo. Um trabalhador hipotético, sem vínculo formal, quando passa a ter outro emprego regido pela CLT, está menos precarizado. O contrário também é verdadeiro: um trabalhador do serviço público, estatutário, quando passa a ser contratado pela CLT por outro ente que não a administração pública, está mais precarizado. Sob o ponto de vista do trabalho, o

vínculo estatutário é, no geral, melhor, pois oferece mais estabilidade e segurança para o servidor poder dedicar-se à carreira, bem como, em alguns casos, certos direitos (licença-prêmio, entre outros). A aposentadoria integral foi, infelizmente, um direito atacado pela contrarreforma previdenciária de 2003. A bandeira do capital tem sido o nivelamento por baixo, em escala nacional, do regime da força de trabalho do setor público (no caso, pelo regime celetista). É evidente, entretanto, que este não é o seu limite. Isto abriria, inclusive, uma prerrogativa para os demais serviços públicos serem nacionalmente nivelados pelo padrão novo, avançando para um mercado de trabalho nacional com piores condições para os trabalhadores.

Mais especificamente, uma análise mais detalhada das propostas de vencimentos do primeiro concurso (presentes no documento em análise) demonstra que: apesar de serem carreiras igualmente indispensáveis ao Programa de Saúde da Família, a relação de salário-base entre um médico de saúde da família e um enfermeiro (não havendo indicações sobre os locais de trabalho, embora, suponha-se que a maior parte deles vá para a atenção básica) é de 2:1, podendo chegar a 2,5:1, contando-se os vencimentos máximos possíveis. Essa diferença se ancora, evidentemente, na escassez absoluta e relativa destes profissionais, principalmente, ao se considerar a realidade nordestina. No entanto, ficam as perguntas: É o mercado o principal delimitador da política pública em saúde? Qual é o potencial desagregador desta medida para o trabalho em equipe? E chama a atenção, ainda, o desnível entre a carreira de médico de família e de sanitaristas. Este fato está intimamente relacionado à precarização da gestão operada em diversas esferas de governo.

Para não realizar uma análise extensa, cabe aqui apenas mais uma questão: Por que o Adicional de Localização (AL) – definido para lugares com dificuldades de fixar servidores, entre outros) – máximo é de 50% para enfermeiros e 100% para médicos? O critério é meramente mercadológico, ainda?

A restrição ao processo democrático

A cartilha reitera o compromisso da FESF com a gestão participativa ao dizer que

[...] como qualquer instituição pública do SUS, está subordinada ao Controle Social, e radicaliza e aprofunda esse princípio ao ter como órgãos deliberativos de direção, conselhos que se constituem como esferas públicas de participação social e gestão compartilhada. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, pp. 34-35).

Na análise da estrutura de poder da FESF, observa-se a existência de quatro esferas assim descritas:

O Conselho Curador, órgão deliberativo de direção superior, controle e fiscalização; O Conselho Interfederativo, órgão consultivo e de supervisão superior; A Diretoria Executiva, órgão de direção subordinada e de administração superior; O Conselho Fiscal, órgão de controle interno da FESF-SUS. (FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA, 2009, p. 39).

No entanto, há um enorme desequilíbrio na representação do órgão máximo (Conselho Curador) da FESF: de um total de 14 membros, a gestão conta, ao todo, com 9 representantes: 4 secretários municipais das regiões, 1 secretário municipal indicado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), 2 representantes da SESAB, 2 representantes do governo da Bahia; os trabalhadores da saúde têm, ao todo, 3 representantes: 2 dos trabalhadores da fundação (eleição direta) e 1 do Conselho Estadual de Saúde indicado pelo mesmo dentre a representação dos trabalhadores; os segmentos de usuários (1 representante do Conselho Estadual de Saúde indicado pelo mesmo dentre os usuários); e as universidades públicas da Bahia têm direito, cada um, a 1 representante.

Os números da composição do Conselho Curador revelam o caráter da democracia pretendida pela gestão. Se é fato que sua composição não inclui ONGs ou congêneres, é fato, ainda, que o peso político efetivo dos segmentos preconizados pelos princípios do SUS. Em um espaço em que a força decisória cabe principalmente aos gestores, o papel que cabe ao conjunto da

força de trabalho (da saúde e/ou usuários do SUS) será por demais reduzido. Isto representa um retrocesso que se torna ainda mais grave ao se considerar o patamar estabelecido pela Constituição Federal de 1988: 50% de usuários, 25 % de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço.

Considerações Finais

As propostas de ‘novos modelos de gestão’, cujos principais representantes são Organizações Sociais/Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSs/OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), surgem em um contexto histórico no qual o processo de reformas neoliberais se agrava. Suas raízes mais profundas estão ligadas à consolidação do padrão de dominação de classes, que não foi superado pela redemocratização.

No caso específico da saúde, estas reformas (ou contrarreformas) têm como uma de suas principais expressões o congelamento da implantação do SUS. Em outras palavras,

[...] os Governos que sucederam ao impeachment na conjuntura pós-constituente (Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva) foram incapazes de fazer avançar o ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira. No limite, estes governantes produziram fatos que levaram à implantação tortuosa do SUS. (PAIM, 2009, p. 32).

Frente ao diagnóstico evidente de que a crise do Estado brasileiro se aprofunda, expresso pelo descompasso entre sua missão constitucional de prover direitos sociais universais e sua histórica subordinação à classe dominante, os ditos ‘novos modelos de gestão’ não apenas não resolvem este dilema, como acentuam o caráter burguês do mesmo Estado.

O que se pretendeu aqui foi demonstrar a relação estreita que existe entre um processo político que abarca todas esferas do Estado brasileiro – o conjunto das reformas neoliberais e uma manifestação específica

destas –, a proposta de Fundações Estatais de Direito Privado, e, no caso, a FESF baiana. As diversas variáveis analisadas devem ser objeto de estudos mais detidos, em especial, avaliando e comparando o processo de implementação das diversas FEDPs para uma compreensão mais minuciosa das políticas em curso.

No entanto, os fatos fundamentais que permitem classificar o modelo das FEDPs como partes das contrarreformas neoliberais são: a acomodação aos limites da LRF (e, portanto, do processo de ajuste fiscal); o não pagamento da contribuição patronal para o fundo de previdência pública, que agrava ainda mais a crise da previdência social; a precarização da força de trabalho, pois, ainda que na Bahia haja uma situação de maior precariedade do que o vínculo celetista, ao se olhar para a situação do serviço público antes de 1990, é impossível se discordar da perda de direitos que atravessou aquela categoria, que tem sido uma das pontas de lança da resistência ao processo de reformas neoliberais.

O problema da força de trabalho continua sendo central, e, segundo Rezende (2008), é agravado pelos ‘novos modelos de gestão’:

[...] a forma de gestão da força de trabalho do setor (quase escravagista), não só não foi alterada, como foi amplamente precarizada e submetida a novos modos de degradação, tais como a ausência de concurso público, vínculos múltiplos e ilegais, ambientes de trabalho insalubres, construção de uma visão desqualificadora do trabalho no setor público, adoção de mecanismos nefastos de competitividade e valorização desigual dos trabalhadores em condições de trabalho idênticas, dentre outras. (p. 34).

Por fim, ao se analisar a questão, deve-se evitar cair na falácia de que as FEDPs ‘remam contra a maré do neoliberalismo’ por representarem ‘mais Estado’ na área social. Esta falácia se baseia em uma leitura estrita de que a diferença fundamental entre o modelo, por exemplo, das OSs e o das FEDPs seria que uma é controlada diretamente pelo Estado e a outra não. Estudo de Ibañez & Vecina Neto (2007) aponta para a identidade entre os projetos das OSs e das FEDPs:

Na análise comparativa das características da Fundação pública de direito privado proposta para gestão Hospitalar, não exclusivamente, com as outras a que mais apresenta pontos comuns são as organizações sociais”.

No capitalismo neoliberal atual, as fronteiras entre a ‘sociedade civil’ e a ‘sociedade política’ estão ainda mais borradas do que à época em que Gramsci (2007) criou sua famosa expressão: “Estado = sociedade civil + sociedade política, isto é, hegemonia couraçada de

coerção” (p. 244), o que significa dizer que os instrumentos de dominação de classe ancorados no Estado adquirem morfologias novas. Para escapar desta armadilha é preciso compreender o sentido da mudança da sociedade brasileira e do Estado brasileiro. Esta compreensão, dentro de uma análise crítica, observa que o capital ganha força, que a segregação social se aprofunda, que a dependência externa se acentua. Em uma sociedade assim, a modalidade de gestão ser mais ou menos ‘Estado’ tem uma importância colateral, sem as profundas transformações ansiadas pelo movimento de reforma sanitária.

Referências

- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SÃO PAULO. Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a remuneração dos serviços médicos hospitalares. Sub-relatoria de Organizações Sociais. *Sub-relatório*. São Paulo: a Assembléia, 2008.
- BIANCHI, A. *O laboratório de Gramsci: filosofia, história e política*. São Paulo: Alameda, 2008.
- BORON, A. *Estado, Capitalismo y Democracia en América Latina*. Buenos Aires: Clacso, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma Política e Sanitária: A sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, abr. 2007.
- CARNEIRO, F. F. et al. *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, abr. 2012.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A Questão Democrática na Área da Saúde; Assistência à saúde numa sociedade democrática. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.) *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2008.
- CHAVES, J. V.; RIBEIRO, J. A. C. *Gasto Social Federal: uma análise da execução orçamentária de 2011*. Brasília: IPEA, 2012.
- FALEIROS, V. P. et al. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FATORELLI, M. L. Quem vai pagar a conta? *Revista Poli: Saúde, educação e trabalho*, Rio de Janeiro, a. 4, n. 26, jan./fev. 2013.
- FATORELLI, M. L.; ÁVILA, R. *Os números da dívida*. Disponível em: <www.auditoriacidadada.org.br>. Acesso em: 24 abr 2012.
- FERNANDES, F. *Poder e Contrapoder na América Latina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.
- _____. *Nova República?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. *Em Busca do Socialismo*. São Paulo: Xamã, 1995.
- _____. O que é Revolução. In: PRADO JR., C.; FERNANDES, F. *Clássicos sobre a revolução brasileira*. São Paulo: Expressão Popular, 2000.
- _____. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. São Paulo: Globo, 2006.
- FLEURY, S. (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA. *FESF-SUS Inovação Radical na Estratégia de Saúde da Família*. Salvador: FESF/SUS, 2009.
- FURTADO, C. *Pequena introdução ao desenvolvimento*. São Paulo: Companhia Nacional, 1982.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. v. 3.
- GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S. et al (org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFRJ-SSind, 2008.
- IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Management models and Brazil's National Health System (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, suppl. 0, nov. 2007.
- LOPEZ, A.; MOTA, C. G. *História do Brasil: uma interpretação*. São Paulo: Senac, 2008.

MÉSZAROS, I. *O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI*. São Paulo: Boitempo, 2007.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p.72-79, jan./abr. 2009.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2012*. Washington: PAHO/WHO, 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003>. Acesso em: 01 dez. 2012.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, suppl. 0, nov. 2007.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2012*. Washington: PAHO/WHO, 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003>. Acesso em: 01 dez. 2012.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e a ameaça neoliberal In: BRAVO, M. I. S. et al (orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFRJ-SSind, 2008.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. *Entre a nação e a barbárie: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p.13-26, jan./abr. 2009.

SOARES, L. T. R. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

Recebido para publicação em Abril/2012

Versão final em Maio/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário

Implementation of the Family Health Support Units: the user's perception

Fernando Leonardo Diniz Souza¹, Eduardo Paul Chacur², Maura Regina Guimarães Rabelo³, Luciana de Araújo Mendes Silva⁴, Wilza Vieira Villela⁵.

¹ Doutorando em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN) – Franca (SP), Brasil. Docente do Departamento de Saúde da Faculdade Patos de Minas (FPM) – Patos de Minas (MG), Brasil. fernandoldiniz@yahoo.com.br

² Doutorando em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN) – Franca (SP), Brasil. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) – Patos de Minas (MG), Brasil. eduardopc@unipam.edu.br

³ Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora e Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) – Patos de Minas (MG), Brasil. maura@unipam.edu.br

⁴ Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN) – Franca (SP), Brasil. Docente do Departamento de Saúde da Faculdade Patos de Minas (FPM) – Patos de Minas (MG), Brasil. laraújo3@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN) – Franca (SP), Brasil. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. Livre-docente em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. wilsa.vieira@terra.com.br

RESUMO O artigo discute como os usuários de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) compreendem esta forma de atendimento. Foi realizada pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, identificando a visão do usuário a respeito da atuação do NASF. Foram entrevistadas doze mulheres, selecionadas a partir da sua inserção em alguma das atividades oferecidas. As usuárias entendem que as atividades realizadas pelo NASF melhoram sua saúde, mas não identificam o programa como uma atividade oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se concluir que a implantação de um serviço multiprofissional voltado para a atenção primária à saúde deve ser fortalecida de modo a consolidar uma proposta de atenção integral à saúde contida no SUS.

PALAVRAS CHAVE: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This paper discusses how the users of Family Health Support Units (NASF) perceive this form of assistance. An exploratory qualitative survey was conducted to identify the users' views on the actions of the NASF System. Interviews were held with twelve women, who were selected based on their participation in activities offered by the program. The female users acknowledged that the activities promoted by the NASF improve their health but did not identify the program as an activity provided by the SUS. It can be concluded that the implementation of a multidisciplinary service focused on primary health care should be strengthened in order to consolidate the proposal for comprehensive public health care.*

KEYWORDS: Family Health; Primary Health Care; Health Promotion; Unified Health System.

Introdução

Após a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção para a reorganização e o fortalecimento da atenção básica em saúde no Brasil, as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), neste nível de atenção, têm buscado o fortalecimento das intervenções multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde. Nesta perspectiva foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar e ampliar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica e Saúde da Família. O propósito dos NASF é oferecer ações de promoção e atenção à saúde tecnicamente orientadas para contribuir com as ações da ESF (BRASIL, 2008). Cada NASF tem sob sua responsabilidade o atendimento a usuários de um determinado número de equipes de Saúde da Família, ou seja, os profissionais do NASF atuam nas suas especialidades para complementar a ação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculadas.

O início do processo da implantação de atividades não médicas e multiprofissionais no âmbito da atenção primária em saúde deu-se em 2005, com a inserção de profissionais de diferentes áreas nas equipes de Saúde da Família. A finalidade foi construir coletivamente práticas de saúde frente aos problemas identificados em uma dada comunidade. Foram propostas quatro modalidades de ação: alimentação/nutrição; atividade física; saúde mental e reabilitação (BRASIL, 2005). Posteriormente, esta proposta foi reformulada para dar origem à criação dos NASF em sua versão atual. Isso flexibilizou a composição da equipe multiprofissional (AVEIRO *et al.*, 2011). Levando em conta critérios relativos à demanda local, os NASF não são porta de entrada ao sistema, mas apoio multidisciplinar ao mapeamento de agravo e prevenção realizados pelo Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2008).

O NASF, em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, busca operar numa lógica de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e considerem a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A implantação do NASF em um município de médio porte em Minas Gerais

O município em que foi realizada a pesquisa cujos resultados são tema deste artigo conta com cerca de 136 mil habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,813 (IBGE, 2010). Três equipes de NASF foram implantadas em agosto de 2008, cada uma contando com assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, com a responsabilidade de atender a todo o município.

Após a contratação, os profissionais das três equipes reuniram-se por nove semanas consecutivas para planejar suas atividades de modo integrado, sendo estas apresentadas aos coordenadores de cada unidade da ESF. A partir de então, os NASF passaram a desenvolver atividades multidisciplinares focadas na atenção primária, envolvendo grupos de usuários em todo o município, incluindo a zona rural. De acordo com a categoria profissional, estas atividades compreenderam: caminhada orientada (educadores físicos e fisioterapeutas), exercícios preventivos para coluna vertebral (fisioterapeutas), controle de fornecimento de oxigênio domiciliar (fisioterapeutas), visitas domiciliares para orientação dos cuidadores (fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais), orientação alimentar (nutricionistas), fortalecimento muscular (educadores físicos e fisioterapeutas), orientações familiares (psicólogos e assistentes sociais) e terapia comunitária (multiprofissional), além de cursos de gestantes e cuidadores (multiprofissional).

Considerando que a oferta deste tipo de atividades e a incorporação destes profissionais é uma prática inovadora dentro das ações de atenção primária à saúde tradicionalmente realizadas no País, após um ano de trabalho, buscou-se conhecer como os usuários do programa percebiam esta proposta.

Sendo as ações multiprofissionais atividades novas inseridas na comunidade onde a ESF atua em uma vertente predominantemente assistencial, com marcações e realizações de consultas e encaminhamentos para exames complementares, interessa saber qual a percepção do usuário em relação a uma prática de saúde distinta daquela habitual. Supõe-se que conhecer a percepção dos usuários destas novas práticas em saúde pode ser útil

para nortear melhor as propostas do NASF, bem como subsidiar ações que contribuam para promover uma visão positiva de saúde, ou seja, o modo como os usuários do NASF estão vivenciando uma oferta de ações em saúde por profissionais não médicos, que têm por finalidade a promoção, a preservação e a recuperação da saúde na perspectiva da atenção primária à saúde.

Metodologia

Considerando-se os distintos significados atribuídos à ideia de saúde e do processo de adoecer, e ainda as diferentes concepções a respeito dos fatores que interferem na dinâmica saúde/doença, foi realizado um estudo qualitativo, de caráter exploratório, visando a identificar a percepção dos usuários do NASF a respeito desta proposta (MINAYO, 2007).

Assumi-se que a percepção dos usuários manifesta a forma como estes entendem as intervenções em saúde e sustenta-se na capacidade que o indivíduo apresenta para a construção e a execução das ações em promoção de saúde. A percepção das pessoas sobre uma proposta de ação pode ser uma relevante ferramenta para a análise da sua adequação às necessidades dos sujeitos.

O estudo foi realizado na área de uma das equipes de PSF do município com participantes de atividades desenvolvidas pelo NASF. A seleção desta equipe foi realizada através de sorteio simples, em que foram incluídas as dez equipes de PSF que apresentam maior número de usuários inseridos nas atividades multidisciplinares do NASF. A equipe sorteada atua em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que combina, no mesmo espaço físico, o atendimento tradicional das unidades de saúde e atividades do PSF. O bairro encontra-se com certa dificuldade estrutural em vias públicas e espaços de lazer, a população predominante apresenta-se em nível socioeconômico baixo.

Para a seleção dos sujeitos de pesquisa foi afixado no quadro de avisos da unidade de saúde um cartaz convidando os usuários a participarem de um estudo sobre a atuação do NASF no município. Por este processo, 21 pessoas apresentaram-se como voluntárias.

Estes sujeitos foram convidados a realizar uma entrevista sempre agendada para depois da execução da atividade na qual eles estavam inseridos. Destas entrevistas agendadas, 18 foram realizadas. Foi utilizada, como instrumento de coleta de dados, entrevista semiestruturada a partir de roteiro voltado para buscar captar a percepção do sujeito sobre a atuação do referido programa e o contato com profissionais não médicos.

O roteiro foi elaborado a partir da observação de grupos realizados pelos profissionais do NASF e de investigações sobre dúvidas e comentários dos usuários participantes. As questões foram agrupadas em dois eixos principais, da seguinte forma: inicialmente, buscou-se contextualizar os aspectos da saúde no passado com o modelo atual; depois, foram questionadas as características da participação nas atividades do NASF, o contato com profissionais não médicos e o impacto disso na vida dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, individualmente, em local reservado definido pelo entrevistado, no período de maio a julho de 2010. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Após a transcrição, foi feita uma leitura exaustiva do material, buscando-se estabelecer as categorias emergentes das falas em relação aos assuntos tratados na entrevista. A análise do material foi realizada buscando-se identificar recorrências e dessemelhanças em relação a cada tópico da entrevista.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca (UNIFRAN), sob o parecer nº 0022/2010. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram um termo de consentimento informado contendo os objetivos da pesquisa e esclarecendo seus direitos.

Resultados e Discussão

Do total de 18 entrevistas realizadas, 6 foram posteriormente recusadas para análise em função de problemas com a gravação ou dificuldades na condução da entrevista. Desta forma, os resultados apresentados se referem à análise de 12 entrevistas. Todas as participantes

eram do sexo feminino, o que é semelhante ao perfil da maioria dos atendimentos realizados pela equipe estudada. A faixa etária das 12 usuárias variou entre 46 e 73 anos. A maioria das entrevistadas não exerce atividade remunerada fora do lar atualmente, sendo que quatro – o equivalente a 3,3% – já desempenharam atividades como trabalhadora rural ou doméstica; cinco – o equivalente a 41,6% – têm como fonte de renda a aposentadoria; sete – o equivalente a 58,3% – são casadas; e três – o equivalente a 25% – são viúvas, solteiras ou separadas. A escolaridade das entrevistadas variou de 0 a 15 anos de estudo. Estas características correspondem a estudos realizados no Nordeste do Brasil, na ocasião em que foi investigado o perfil epidemiológico de mulheres atendidas em grupos de apoio para incapacidade funcional (MELO; SAINTRAIN, 2009).

Percepção dos usuários sobre a atuação do NASF na comunidade

Perguntadas sobre o que entendiam das atividades do NASF, o primeiro fato que chamou atenção foi o total desconhecimento por parte do conjunto das entrevistadas, à exceção de uma, da sigla NASF ou do seu significado. Esta falta de nomeação não impede a participação nas atividades, mas pode comprometer a posterior articulação entre as atividades realizadas e uma proposta de saúde. Os depoimentos seguintes mostram a desvinculação, para as usuárias, entre as ações do NASF e as ofertas do sistema de saúde.

[...] do NASF, não! Eu só sei que 'tão acontecendo essas atividades aqui no barracão, caminhada lá em baixo, palestra com a nutricionista. Eu já fui até nas rodas de terapia (USUÁRIA 4).

Em um estudo sobre percepção da qualidade de vida, realizado com usuários do PSF em 2009, as autoras discutem que a maioria do trabalho do PSF e do SUS ainda é direcionado para ações de caráter curativo que talvez não resultem na melhora da qualidade de vida da população. Salientam ainda que se faz necessária

a realização de atividades voltadas para a promoção de saúde em todo seu amplo espectro (MAIA; SANTOS, 2011). As ações em promoção de saúde devem ser a base das atividades do SUS. A falta de mobilização neste aspecto gera um modelo de saúde travado nas ações curativas, aumentando demandas e paralisando o processo. Este tipo de mobilização deve partir dos profissionais envolvidos no desenvolvimento da sustentabilidade do processo de saúde, dando poder à população, para que atividades saudáveis sejam tidas como obrigação de todos os membros da comunidade. Assim, falta de identificação da sigla NASF também indica a falta de divulgação de tais atividades dentro do escopo do PSF.

Após esclarecimento sobre o que é o NASF, quais atividades são desenvolvidas, quais profissionais estão atuando e seus vínculos com as atividades do PSF da região, várias participantes demonstraram surpresa e logo retomaram a questão, apresentando uma avaliação positiva.

[...] Então, eu sei o que é, só que não juntava o nome com o que o pessoal faz aqui no Alvorada. Até foi uma amiga minha que me chamou pra vim fazer ginástica e caminhada. Eu vi mesmo que, d'um tempo pra cá, tem muita gente fazendo caminhada lá em baixo, mas eu não sabia que tinha a ver com o postinho, não (USUÁRIA 5).

[...] Ah, depois desse NASF, então, hoje minha vida é outra: eu procuro fazer a caminhada lá na avenida com o professor, vou nas palestras da nutricionista, venho aqui na ginástica. Eu procuro, nessas atividades, fazer minhas coisas, meu serviço de casa, dormir bem, me alimentar bem. E algumas dessas coisas, comecei a fazer depois que esse negócio de NASF veio aqui pro Alvorada (USUÁRIA 1).

Algumas fragilidades apontadas pelas usuárias, como a falta de divulgação do programa, figuram como um fato importante para o direcionamento de novas ações, o aumento da cobertura e o treinamento de atores envolvidos no processo de saúde.

O encaminhamento dos usuários para a maioria das atividades não passa pela unidade de saúde local. É mais frequente, segundo as usuárias, que os convites sejam feitos por vizinhas ou amigas. Em estudo realizado na Austrália, a variável “receber convite de amigos” para a prática de atividade física foi significativa. Na amostra estudada, reflete a não adesão dos indivíduos aos programas oferecidos pelos sistemas de saúde (BALL *et al*, 2001).

Faz-se importante lembrar que o NASF não é porta de entrada ao SUS, o fluxo de encaminhamento deve ser oriundo da unidade de saúde local. Apesar deste fluxo não ser ideal, porque fragmenta o processo de intervenção, as usuárias percebem que as atividades oferecidas pelo NASF colaboram para o bem-estar de parte da comunidade, entretanto, necessário se faz destacar a falta de divulgação pelos componentes das equipes de saúde.

[...] Então! Eu acho que tudo isso que está acontecendo faz bem pro povo demais, tira o povo de casa. Só acho que num é todo mundo que sabe disso tudo que tá acontecendo não... (USUÁRIA 8).

Entre estes atores importantes envolvidos no processo de divulgação do programa, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destacam-se por estar em contato direto com os usuários das comunidades. A percepção dos ACS, segundo Hildebrand e Shimizu (2008), em estudo realizado sobre o Programa Saúde da Família, demonstra que o trabalho em equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar, está pautado nos seguintes critérios: articulação das ações, reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhadores, função de cada um dentro do processo de trabalho e, principalmente, comunicação entre os agentes de trabalho. Caso estes critérios não estejam bem claros para toda a equipe, as intervenções podem não ter a efetividade e a cobertura desejada.

Este elemento de negação inicial é um fato importante para a contextualização da percepção das usuárias sobre os serviços prestados pelo NASF na região

estudada, pois existe entendimento, por parte das usuárias, a este respeito. Porém, em suas concepções, os serviços não apresentam ligação com as atividades do PSE, sendo que, na verdade, o NASF dá apoio interdisciplinar às equipes de saúde da família na tentativa de gerar sustentabilidade na esfera da atenção primária à saúde. A percepção negativa da saúde é um fato intrínseco à população com idade avançada. Em pesquisa, Silva *et al* (2012) revelam que as limitações das atividades de vida diária, em alguns casos, associadas a problemas socioeconômicos e demográficos, fazem com que os indivíduos tenham opinião pessimista em relação ao seu estado de saúde. Em um estudo sobre a percepção dos usuários em atenção básica à saúde, observou-se, nos resultados, que, quanto à modalidade de serviços, os usuários não percebem diferença entre centros de saúde tradicionais e equipes de saúde da família (VAN STRALEN *et al*, 2008).

Para Villela *et al* (2009), a ideia de integralidade do acesso aos serviços de saúde, com ênfase na atenção primária, exige o reconhecimento do usuário que busca o serviço de saúde e que é um sujeito inserido numa complexa trama psicossocial, na qual sua queixa inscreve-se e adquire um sentido particular e único.

O NASF é um projeto ambicioso e pode parecer utópico quando avaliado que o perfil formativo da maior parte dos profissionais de saúde ainda está muito distante desse horizonte de atenção primária e que muitos obstáculos serão encontrados no percurso (MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).

A evolução dos modelos de atenção propõe mudanças nas características de modelos assistenciais já existentes e diferenciam-se quanto à organização do serviço e do trabalho em saúde, revelando a necessidade de chamar os profissionais de saúde à reflexão sobre o seu trabalho e o modelo assistencial que lhes é subjacente. Na medida em que este trabalho tem se constituído em consonância com os princípios do SUS, a percepção dos usuários do NASF norteia uma nova abordagem no espectro da atenção primária à saúde (BEZERRA *et al*, 2011).

Programas de atividade física orientados e diferenciados em caminhadas, alongamento e fortalecimento com periodicidade semanal, inseridos na atenção

primária à saúde, melhoram a dinamicidade de mulheres acima de 60 anos. Verifica-se, também, diminuição da incidência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, além de melhorar os níveis de atividade motora em pessoas idosas (MOLINA-SOTOMAYOR, GONZÁLEZ-JURADO, LÉON-PRADOS, 2010; ALENCAR *et al*, 2011). A atividade física, quando executada continuamente por, pelo menos, 30 minutos diários, revela uma melhora significativa na qualidade de vidas das pessoas, provocando efeitos favoráveis nos níveis psicológico, ambiental e social (GUIMARÃES; BAPTISTA, 2011).

Estas situações, quando analisadas em longo prazo, podem minimizar o impacto de demanda contínua na rede de saúde e ainda estimular novos investimentos na base da atenção primária.

Para que haja efetividade de práticas que envolvem atividade física em nível de atenção primária dentro do escopo do PSF, os espaços físicos públicos e privados utilizados devem ter as condições mínimas necessárias para uma boa condução do trabalho, e agregação social dos indivíduos envolvidos: profissionais e usuários (SALVADOR *et al*, 2009; HALLAL *et al*, 2010).

O contato com profissionais não médicos

Na tentativa de buscar a melhor contextualização para entender a percepção global das voluntárias, o próximo passo da entrevista foi buscar a opinião das voluntárias sobre o contato com profissionais não médicos, a partir das atividades oferecidas pelo núcleo.

Na fala das voluntárias percebeu-se que as opiniões foram positivas em relação às atividades não médicas oferecidas, partindo do princípio que tais atividades nunca existiram naquela região. Talvez isso chame a atenção das usuárias, segundo a fala da voluntária 10 sobre os serviços oferecidos.

[...] Eu acho muito bom pro povo sair de casa. Tem muita gente que só fica dentro de casa. A prefeita tinha que ter feito isso antes, sabe? Pode ver: hoje tinha tanta gente aqui fazendo ginástica... E, se você pensar, esse povo num tem

muita condição de pagar pra fazer essa ginástica pra coluna, não, né?! (USUÁRIA 10).

Sobre este elemento, houve saturação nas falas das usuárias, no sentido positivo, visto que todas participam espontaneamente de atividades oferecidas pelo NASF, porém, com ressalvas, segundo a fala da voluntária 10, pois a difusão de informações sobre prestação de serviços não apresenta cobertura adequada.

Em um estudo sobre a satisfação do usuário do PSF, os resultados demonstram que existe certo grau de satisfação por parte dos mesmos, sendo fatores significativos desta satisfação os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença (situação de risco e proteção, cuidados básicos), a existência da visita domiciliar como elemento-chave da prevenção e do acompanhamento, oferecimento de grupos direcionados e acompanhamento por equipes multidisciplinares (TRAD *et al*, 2002).

Na busca pelo entendimento de questões que revelam a percepção das usuárias sobre os serviços de saúde prestados na esfera da atenção primária, os diálogos desenvolvidos durante as entrevistas revelam, dentro do contexto da palavra, que há percepção das usuárias sobre a importância de atividades que nor-teiam cuidados e ensinamentos para que haja melhoria na vida das pessoas, mesmo que os programas não sejam muito bem entendidos pela população.

Considerações Finais

Conclui-se que a implantação de um serviço multidisciplinar voltado à atenção primária à saúde tem impacto na percepção das pessoas por ser uma estratégia pioneira no âmbito do Sistema Único de Saúde. O fortalecimento destas práticas pode incrementar o modelo de atenção integral ao indivíduo, sendo, desta forma, necessária uma intervenção educativa maior.

Nos diálogos, observou-se avanço no que tange à tecnologia, ao aumento do número de profissionais médicos e não médicos, à gratuidade dos serviços

prestados; todavia, algumas ressalvas foram significativas nos discursos. As voluntárias, em sua maioria, percebem que o aumento da população em geral e a migração do campo para as cidades dificultam o avanço deste processo, levando ao surgimento de alguns problemas, tais como filas e demora para atendimentos e exames específicos. As usuárias, de acordo com os resultados, entendem que as atividades propostas pelo NASF, de alguma maneira, fazem parte do cotidiano de suas vidas com uma boa perspectiva, elevando a amplitude de atividades de vida diária executadas.

Os diálogos, no entanto, demonstram que as ações já desenvolvidas interferem nas concepções do cuidado preventivo com a saúde, provocando mudanças significativas no cotidiano individual e familiar com relação à atenção primária à saúde. Porém, ficou claro que tais intervenções necessitam de maior divulgação entre a comunidade, visto que a cobertura do atendimento multiprofissional ainda é pequena.

Os fatos descritos neste estudo levantam a necessidade de novas explorações para identificar a adesão e o fluxo de encaminhamento de novos usuários para o NASF, buscando contribuir com a melhora da cobertura do SUS.

Referências

- ALENCAR, N. A. *et al.* Nível de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 251-257, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo9_2011.3.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.
- AVEIRO, M. C. *et al.* Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl., p. 1467-1478, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a82v16s1.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2012.
- BALL, K. *et al.* Perceived environmental aesthetics and convenience and company are associated with walking for exercise among Australian adults. *Preventive Medicine*, New York, v. 33, p. 434-440, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11676585>>. Acesso em: 8 dez. 2011.
- BEZERRA, I. M. P. *et al.* Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 197-206, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/sdv35n89_02.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. *Portaria n° 1065, de 4 de julho de 2005*. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- GUIMARÃES, A. C. A.; BAPTISTA, F. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres na meia-idade. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 305-309, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v17n5/a02v17n5.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2012.
- HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação do Programa de Promoção da Atividade Física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: Percepções de Usuários e não usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/08.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.
- HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 3, maio/jun. 2008, p. 319-324.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Banco de dados*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2010.
- MAIA, M. A. C.; SANTOS, J. S. Qualidade de vida no programa saúde da família: a visão de agentes comunitários de saúde e usuários. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 228-237, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo6_2011.3.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.
- MELO, N. L. P.; SAINTRAIN, M. V. L. Perfil epidemiológico de mulheres idosas atendidas no Grupo de Apoio à Prevenção da Incapacidade Funcional. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*,

Fortaleza, v. 22, n. 4, p. 251-258, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo7_2009.4.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOLINA-SOTOMAYOR, E.; GONZÁLEZ-JURADO, J. A.; LÉON-PRADOS, J. A. Efectos de los programas de entrenamiento sobre aptitud física metabólica em adultos mayores. *Hacia la Promoción de la Salud*, Manizales, v. 15, n. 2, p. 45-63, jul./dic. 2010. Disponível em: <[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15\(2\)_4.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista15(2)_4.pdf)>. Acesso em: 8 abr. 2012.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-474, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde (CUSC)*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=74&rev=s&ano=2010>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

SALVADOR, E. P. *et al.* Percepção do ambiente e prática de atividade física no laser entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.

43, n. 6, p. 972-980, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/08.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2011.

SILVA, R. J. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/05.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

TRAD, L. A. B. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413812320020003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2011.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 148-158, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

VILLELA, W. V. *et al.* Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/14.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

Recebido para publicação em Dezembro/2011

Versão final em Março/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde

Unveiling the notion of health in a group of children included in health promotion activities'

Fernanda Brenner Morés¹, Esalba Silveira²

¹ Cursando Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde, com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. febrmo@gmail.com.

² Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professora adjunta da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Assistente Social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil. esalba@redemeta.com.br.

RESUMO Com o objetivo de conhecer como se expressa a concepção de saúde no cotidiano de crianças que participam de ações de educação em saúde na escola, realizou-se esta pesquisa, de abordagem qualitativa, utilizando-se o Método Criativo Sensível por meio da Dinâmica do Mapa Falante. Participaram 12 crianças, com idade entre 9 e 10 anos, divididas em dois grupos, pertencentes a uma escola do município de Porto Alegre/RS. Os dados evidenciaram o entrelaçamento entre a promoção da saúde, a determinação social da saúde e o território em que se expressam na concepção ampliada de saúde. As práticas educativas contribuem para a efetivação das ações de promoção da saúde.

PALAVRAS CHAVE: Promoção da saúde; educação em saúde; crianças; condições sociais.

ABSTRACT *With the aim of understanding how the notion of health is expressed in the everyday life of children who participate in health education activities at school, this qualitative study employed the Sensitive and Creative Method through a Speaking Map role-play exercise. Twelve children aged 9 to 10 years old from a municipal school in Porto Alegre/RS, split into two groups, participated in the study. The data revealed the intertwined relationship between health promotion, the social determination of health and the territory in which they are expressed in a broader notion of health. Educational practices contribute toward rendering health promotion actions effective.*

KEYWORDS: *Health promotion; health education; children; social conditions.*

O Ponto de Partida: Introdução

Os fundamentos e as práticas de promoção da saúde alicerçam-se, atualmente, em estratégias que se contra-põem aos modelos assistenciais com enfoque biologicista, individualista e reducionista.

A concepção de promoção da saúde reforça, tanto no seu conceito quanto em suas práticas, a saúde como uma produção construída socialmente, determinada por fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais. A partir da concepção ampla do processo saúde-doença, a promoção da saúde direciona-se para um enfoque político e técnico, e procura, por meio de suas propostas, promover ações que sejam capazes de agir no conjunto de determinantes sociais da saúde (BYDŁOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Esses preceitos inspiram-se na Carta de Ottawa (1986), onde consta que a promoção da saúde relaciona-se com fatores favoráveis ao seu pleno desenvolvimento. Nesse entendimento, destaca-se a dimensão intersectorial, pois a saúde, quando entendida de forma ampliada, transcende ao setor saúde para o âmbito do desenvolvimento social (CZERESNIA, 2003; BUSS, 2003; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A Carta de Ottawa aponta três estratégias fundamentais da promoção da saúde: defesa da saúde, capacitação e mediação. A defesa da saúde consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis à saúde. Nessa direção, a promoção da saúde pretende assegurar idênticas oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam às pessoas atingirem seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, elementos esses que alimentam a proposta do estudo em questão (BUSS, 2000).

Propõe, também, a utilização de campos processuais visando à promoção da saúde, cabendo destacar a criação de políticas públicas saudáveis, pois supera a ideia focada no comportamento individual. A criação de ambientes favoráveis, como escolas, locais de trabalho, entre outros, favorece e facilita as práticas de saúde, passando a formar a agenda da política de saúde.

Entende-se, ainda, como fundamental, realçar o poder técnico e político das comunidades, sobretudo através da socialização da informação e das oportunidades de aprendizagem para toda a população. Assim, contribui-se para a escolha de prioridades, para a tomada de decisões e, acima de tudo, para a fundamentação das estratégias capazes de atingir uma melhoria na qualidade de saúde (BUSS, 2000).

Por isso, é necessário o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais durante as etapas da vida, principalmente por meio da educação em saúde, em todos os espaços coletivos. Segundo Carvalho (2004, p. 671), a promoção da saúde passa a ser definida como

[...] processo de capacitação de indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde, com o objetivo de terem uma melhor qualidade de vida.

Para que esse processo se concretize, devem-se articular os campos de ação da promoção da saúde.

A melhoria na qualidade de saúde e de vida da população, a partir do exercício da cidadania, possibilita que se realizem transformações nos indivíduos, tanto em caráter individual quanto coletivo, capacitando-os para atuarem no controle das situações a que são submetidos. Nesse sentido, a promoção da saúde oferece a educação em saúde como uma forma de desenvolvimento para atingir esses objetivos (BYDŁOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

A promoção da saúde passa pela reconfiguração das práticas de educação, as quais devem se fundamentar na reflexão filosófica, não se limitando apenas à informação e à capacitação técnica. Assim, introduz-se a educação em saúde como modelo dialógico que possibilita a transformação dos saberes. Conta com o reconhecimento do usuário como sujeito portador de um saber e objetiva a emancipação e a autonomia, através do entendimento acerca do processo saúde-doença, e, ainda, a busca e a decisão por estratégias apropriadas para sua promoção. Com base no modelo dialógico, a educação em saúde torna-se uma estratégia para operacionalizar a promoção de saúde (CZERESNIA, 2003; ALVES, 2005).

A necessidade de qualificar e ampliar as ações de promoção nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) efetiva-se através da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sendo que, na organização do SUS, são de competência da Atenção Básica as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, destacando-se como um campo privilegiado para o desenvolvimento das ações de educação em saúde. Contribui para isso a garantia de uma maior aproximação das populações pertencentes aos territórios adstritos às unidades de saúde (BRASIL, 2006).

Exige-se, então, que se atenha ao conceito de território, o qual é construído coletivamente e é compreendido como ambiente de produção da vida. Os territórios são dinâmicos e variáveis, constituindo-se em áreas de atuação, de fazer e de responsabilidade. Para atender às suas peculiaridades, as Unidades de Saúde neles se inserem. Assim, para o desenvolvimento das práticas de saúde, os territórios, sujeitos e as instituições configuram-se como responsabilidade de tais serviços (BRASIL, 2009).

A ideia de território, para Santos (2009), configura-se pelas técnicas, pelos meios de produção, pelos objetos e coisas, pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço, bem como pela intencionalidade humana. Deste modo, um dos recursos que se identifica e que reconhece a sua importância para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde é a escola. A escola considerada

[...] como espaço de relações e de o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. (BRASIL, 2009, p.8).

A promoção da saúde na escola, de acordo com Valadão (2004, p. 4),

[...] corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que têm como objetivo produzir repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes de saúde dos membros da comunidade escolar.

O trato dessa temática exige o entendimento do principal ator que ocupa esses espaços, que, neste caso, é a criança, a qual se inscreve num processo histórico e social que a determina e é, por ela, determinado. Àries (1981) foi um dos primeiros historiadores a entender a infância como uma construção social, enquanto Sirota (2001) considera a criança um ator em sentido pleno, configurando-se, ao mesmo tempo, produto e ator de processos sociais. Para tanto, aponta a necessidade de discutir o que a criança cria na intersecção de suas instâncias de socialização, incluindo-se a construção de crenças, valores e conceitos que referenciam as suas relações, sendo que, entre eles, pode estar a concepção atinente à saúde.

Os argumentos arrolados sobre a promoção da saúde afirmam a sua relevância para as práticas de saúde. Adiciona-se a isso o reconhecimento da criança como um ator social capaz de criar e modificar culturas, e a Unidade Básica de Saúde (UBS) como lócus do trabalho. Assim, esses elementos contribuíram para a fundamentação e o desenvolvimento de um projeto de intervenção interdisciplinar de educação em saúde na escola.

O desenvolvimento do trabalho de educação em saúde numa escola, ao mesmo tempo em que reiterou a ideia de que a criança tem possibilidade de recriar seu processo de socialização e interferir na realidade social, suscitou a realização deste estudo, a fim de responder à questão: como se expressa a concepção de saúde no cotidiano de crianças que participam de ações de educação em saúde na escola? Sob tal perspectiva, o objeto de pesquisa surgiu do contexto da práxis, o que também determinou o tipo de abordagem. A promoção da saúde e a problemática em foco, bem como o seu correlato objeto de estudo, conservam, internamente, algumas particularidades que são mais bem investigadas no plano coletivo do processo grupal.

O Mapa Metodológico

Este estudo caracteriza-se pela abordagem qualitativa de tipo exploratório descritivo e abalizado no método do materialismo histórico. Dessa maneira, considerando os

sujeitos, o tema e o problema de pesquisa, optou-se pelo Método Criativo e Sensível (MCS), que, segundo Cabral (1998), integra os instrumentos de coleta de dados utilizados nas abordagens qualitativas com as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS), acrescentando os seus dispositivos próprios, como as produções artísticas. Ainda para fundamentar a escolha, recorre-se a Ferreira¹ (2001 *apud* NATIVIDADE; COUTINHO; ZANELLA, 2008, p.11) para afirmar que:

[...] os significados das figurações do desenho da criança são culturais e produto das suas experiências com os objetos reais mediadas pela palavra e pela interação com o outro.

Também foi possível desenvolver a dialógico-dialética, através da pedagogia crítico-reflexiva, quando os participantes constroem o significado que foi produzido por meio da coletivização das suas produções artísticas, assim, gerando temas a serem debatidos no processo coletivo. A produção possibilita, também, ao participante falar de si, provocando seus valores e suas crenças. Segundo Cabral (1998, p. 180), “[...] as dinâmicas de criatividade e sensibilidade favorecem a libertação parcial dos sentidos reprimidos, das palavras que se calam”.

Por meio da linguagem lúdica artística e da discussão grupal, o grupo torna-se sujeito do conhecimento produzido, superando a condição de objeto, e, com isso, passa a valorizar a dimensão social e coletiva do conhecimento. Concomitantemente, permite a validação da pesquisa, pois o grupo vai confirmando e particularizando o comum e o incomum. Assim, este estudo fundamentou-se na discussão de grupo, na dinâmica de criatividade e de sensibilidade e na observação participante (CABRAL, 1998).

O cenário da pesquisa foi uma escola de ensino fundamental, situada no município de Porto Alegre, localizada em bairro inserido num dos maiores complexos de pobreza, pertencente à área adscrita à UBS. Para a delimitação dos sujeitos, utilizou-se a amostragem não probabilística, através da modalidade intencional, sendo

esta utilizada no MCS. Os sujeitos da pesquisa foram doze alunos, de 9 a 10 anos, de ambos os gêneros, com mais frequência e assiduidade. As crianças que participaram do projeto de intervenção encontravam-se em situação de vulnerabilidade social. Conjuntamente com os profissionais da escola, procuraram-se outras crianças na mesma condição. Os participantes foram divididos em dois grupos de seis, sendo que um grupo foi formado por aqueles que participaram do projeto de intervenção de educação em saúde e o outro por alunos que não o vivenciaram.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos, conforme Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe a respeito das Normas de Pesquisa com Seres Humanos, sendo, portanto, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Protocolo n. 11/05403, e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS, Processo n. 001.011027.11.8. Além de ter sido autorizada pela Secretaria Estadual de Educação, responsável pela escola onde se efetivou a pesquisa.

Após aprovação pelos CEPs das instituições envolvidas, foi apresentado o projeto de pesquisa para a direção e para os professores da escola. Isso possibilitou envolvê-los na seleção dos sujeitos para participar do estudo, a qual foi seguida por uma reunião com os pais e responsáveis das crianças para apresentação do projeto e do termo de consentimento livre e esclarecido. Assegurou-se, dessa forma, o direito à privacidade, à confidencialidade das informações e à preservação da identidade dos envolvidos.

Entre as dinâmicas da criatividade e sensibilidade, escolheu-se a do Mapa Falante, que, referendado na concepção de território, é utilizado como instrumento para a leitura da realidade e para promover a discussão sobre a saúde a partir de seus determinantes. Tal instrumento é sugerido pelo Ministério da Saúde pela sua propriedade de construir, coletivamente, processos educativos em saúde na escola (BRASIL, 2005).

¹ FERREIRA, S. *apud* NATIVIDADE, M. R.; COUTINHO, M. C.; ZANELLA, A. V. Desenho na pesquisa com crianças: análise na perspectiva histórico-cultural. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p.9-18, jan.-jun. 2008. Disponível em: < <http://www.contextosclinicos.unisinos.br/pdf/41.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2011.

Para a execução do encontro, além do pesquisador, foi convidado um auxiliar de pesquisa, que registrou os acontecimentos, observou a linguagem não verbal e as atividades práticas.

A coleta dos dados ocorreu em dois grupos distintos, de seis alunos cada, com apenas uma abordagem em cada grupo, seguindo a sequência de momentos sugerida pelo MCS. O espaço para realização da pesquisa foi previamente organizado com os materiais para o desenvolvimento da atividade (folhas A4 coloridas, lápis, lápis de cor, giz de cera, massa de modelar, revistas, objetos lúdicos, materiais recicláveis, revistas, gravuras, entre outros).

No primeiro momento, a pesquisadora e os participantes apresentaram-se, e foi concedido o termo de assentimento, o qual foi lido utilizando-se de termos compatíveis com o entendimento da criança. Através do termo, foi explicado o objetivo da dinâmica. A discussão grupal e a produção artística foram desenvolvidas por meio das questões geradoras: 1) O que é saúde? 2) O que se precisa para ter saúde? 3) O que tem no bairro onde você mora que se relaciona com a saúde? 4) O que saúde tem a ver com escola? 5) O que tem na cidade onde você mora que se relaciona com saúde?

Após a discussão grupal, iniciou-se a composição das produções, quando os participantes foram construindo, em uma grande folha de EVA, o conceito de saúde, seguindo a lógica de território. Por fim, fez-se a coletivização das experiências individuais. Através da análise coletiva dos dados e da validação, quando as produções são discutidas, as informações foram sistematizadas, dessa forma, verificando a aproximação e o distanciamento dos conteúdos construídos coletivamente.

Os dados da pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo e, pela proposta, à técnica de análise temática. As expressões verbais do grupo foram registradas por meio de gravadores, transcritas e agrupadas junto com as observações. As produções construídas através do mapa falante reiteram e validam as categorias presentes. Para apresentação dos resultados, optou-se pela promoção da saúde como categoria analítica; como categorias empíricas, a concepção de saúde, território e determinantes sociais do processo de saúde doença. As principais subcategorias da concepção de saúde foram:

moradia, alimentação, trabalho, saneamento básico; na categoria território, destacaram-se delegacia, hospitais, escola, transporte e praças; nos determinantes de saúde, selecionaram-se violência, dependência química e ausência de saneamento básico. As subcategorias foram divididas respeitando a frequência das unidades de significação e o significado, conforme assinala Minayo (1994), pois os seus significantes estavam presentes em mais de uma categoria.

O Mapa da Chegada: Resultados e Discussões

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou identificar que a promoção da saúde encontra, na escola, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas realizadas com sujeitos sociais críticos e criativos, capazes de construir conhecimentos, relações e ações que fortaleçam a participação das pessoas na busca de vidas mais saudáveis, sendo que, para isso, passa, em alguma medida, pela concepção de saúde que vai sendo construída.

As crianças manifestavam-se ativamente diante das questões geradoras. Naquela que perguntava “o que é saúde?”, os participantes foram porta-vozes de diferentes entendimentos sobre o tema, tal como ainda está posto na realidade social, como: “É estar bem, só isso!”; “Ir ao médico quando tiver uma doença, para se tratar [...]”; “Tomar injeção, ir ao médico”. A saúde também é referida através de bons hábitos de higiene: “Lavar as mãos antes de comer”, “Escovar os dentes”; “Ter boa higiene”; “Passar fio dental”; “Escovar os dentes três vezes ao dia”; “Tomar banho”. Identificou-se que, num primeiro momento, elas revelaram com maior facilidade a hegemonia do modelo biomédico, a partir da influência que exerce sobre a população, que acaba compreendendo saúde como ausência de doença, tratamento médico ou práticas individuais e higienistas. Tal evidência vai ao encontro de Batistella (2007, p. 25), quando afirma que, “[...] cotidianamente, expressamos compreensões sobre saúde e doença”, o que ensaja, dialeticamente, inferir que as práticas realizadas nos serviços de saúde, da vida cotidiana dessas

crianças, também se relacionam a uma visão restritiva da questão saúde.

Reconhecendo que os meios materiais e as teias de relações para o desenvolvimento e a realização das capacidades, aos quais os indivíduos têm acesso em suas vidas, definem possibilidades e formam características das existências individuais, as crianças foram provocadas a pensar e a adicionar outros elementos à saúde, e, então, relataram: “Saúde é comer”; “É comer alimentos saudáveis”; “É comer frutas e verduras, banana, alface, feijão e arroz”. Assim, surge o acesso à alimentação, e, pelo compartilhamento de ideias, as crianças identificam que precisam de alimentos saudáveis.

O processo de reflexão em torno de saúde e alimentação as leva a identificar um novo componente, que é o trabalho, como integrante desse processo: “E para ter saúde tem que trabalhar, para pagar as contas, as comidas”; “Para ter casa tem que trabalhar, colocar serviço no corpo. A base de tudo é o trabalho”.

A discussão possibilita a manifestação sobre as condições de trabalho como formas alternativas para sobrevivência: “Se estiver com dor, mesmo assim, tem que trabalhar para poder comer”; “Para quem não consegue serviço, que não tem toda hora, para eles completarem, eles vendem latinhas, trabalham no lixo orgânico”. Essas revelações corroboram o que refere Teixeira (2009, p. 384): “[...] as condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde”. Deste modo, as crianças, paulatinamente, trouxeram para o cenário o conceito ampliado como saldo de um processo condicionado por diversos fatores, como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, educação, trabalho, justiça social, ecossistema, entre outros. Com isso, o processo de saúde-doença nas coletividades ocorre a partir das dimensões econômicas, sociais e políticas, assim como o resultado das formas de organização social pode gerar desigualdades nos diferentes níveis de vida (BRASIL, 1988).

Recorre-se, nesse particular, a Mario Quintana, quando enuncia: “Olho o mapa da cidade / Como quem examinasse / A anatomia de um corpo [...]”. E a Santos (2009), quando define que o território é a plataforma na qual os homens exercem a sua história. Este reitera

que os territórios são espaços construídos socialmente, e, para isso, remete à necessidade de conhecê-los, tal como afirmou Quintana. A promoção da saúde ratifica a relevância e entende o território como espaço da organização das suas práticas. E a proposta do mapa falante, associado às questões geradoras, convidou as crianças a prospectar sobre o território no qual se inserem, na sua relação com o processo saúde-doença.

Assim como Quintana pronuncia que “Há tanta esquina esquisita / Tanta nuança de paredes [...]”, um dos participantes apresenta o bairro como “uma rua e um monte de casas”. A dinâmica possibilitou, em seu espaço dialógico, reconstruir opiniões e transformá-las em conhecimento mais crítico, então, aparece a coleta de lixo, o saneamento: “Eu tiro lixo e levo lá para os lixeiros levarem. Tem um lugar perto da minha casa que é uma casa cheia de garrafas pet e lixo que eles juntam. É reciclagem”; “Quando usar o vaso, dar a descarga”. Na construção do mapa, reproduzem as moradias e as suas condições. E, assim, paulatinamente, amplia-se o espaço do território do âmbito das casas para a comunidade, e produzem:

Uma delegacia, uma casa, árvore e a casa de frutas. Delegacia para prender os ladrões, o hospital para atender os que estão doentes, a casa de frutas para vender frutas e a casa para morar. Se não tivesse os policiais, podiam ter matado muitas pessoas, assaltado o mercado e a banca de frutas.

Como Monken e Barcellos (2007) afirmam, os recursos sustentam a reprodução da vida social, estabelecendo, entre as pessoas, fluxo de materialidade e equipamentos sociais. Por isso, a sua significação real para a vida social sucede das ações realizadas sobre eles, as quais podem promover ou limitar as ações humanas. Assim, as crianças, ao identificarem os espaços e recursos existentes, como o transporte, praças e comércio, expressam as suas relações e conexões. “Tem o supermercado que vende os alimentos saudáveis e não vende drogas”; “Se não tivesse ônibus perto das coisas para ir ao colégio, nós não íamos poder estudar. Se não tivesse padaria nas ruas, não íamos comprar pão”; “Jogar

futebol, andar de bicicleta, fazer um churrasco, brincar”. Portanto, é fundamental a articulação e a interação entre todas as coisas que farão daquele lugar um lugar saudável para viver.

Ainda dentro dessa compreensão de território, os serviços de saúde, como hospitais, unidades de saúde, incluindo também as farmácias, são relacionados como espaços produtores de saúde. Destaca-se, aqui, que ambos os grupos produziram, graficamente, esses espaços na construção do mapa falante, aparecendo mais hospitais do que unidades de saúde.

O lugar que tem mais saúde no mundo é o hospital, porque arruma as pessoas, dá saúde para as pessoas, faz as pessoas sentirem mais saúde. A todo momento, tem gente lá.

A presença no mapa falante de muitos hospitais foi justificada: “Se tiver um todo ocupado, tem o outro”.

Segundo Campos (2003), as desigualdades, tanto no uso dos serviços quanto no acesso aos mesmos, referem-se às diferenças no comportamento do indivíduo perante o processo saúde-doença, considerando, também, as características das ofertas de serviços disponibilizadas pela sociedade aos seus membros. Com isso, reforça a aproximação dos serviços de saúde com os indivíduos e a comunidade, que concretiza o vínculo entre população e profissionais e, assim, reforça as ações da promoção da saúde. A discussão grupal possibilitou um novo olhar diante do significado do hospital com relação à saúde: “Para ter saúde, tem que procurar mais alimentos saudáveis, coisas saudáveis. O hospital é só para melhorar saúde, não para ter saúde”.

As ações de promoção da saúde concretizam-se em espaços sociais e tratam de situações de existência que expressam determinadas condições de saúde. Consideram-se, portanto, em geral, os espaços das cidades e das comunidades campos de atuação da promoção da saúde, dentre os quais, destaca-se a escola (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A questão geradora – “O que saúde tem a ver com a escola?” – pretendia identificar se ela seria reconhecida como produtora de saúde, e, primeiramente, as crianças associaram o acesso à alimentação: lanche.

Seguindo-se de manifestações que reconhecem o uso coletivo dos equipamentos como geradores ou não de práticas que promovem a saúde, como “Limpar os banheiros”; “Não riscar nas paredes”; “Limpar o colégio”; “Varrer a sala depois da aula”. E identificaram, também, as atividades desenvolvidas, como: “Educação Física”; “Tem Professor”; “Estudar”; “Escrever”; “Tu vai aprender”. A partir daí, os alunos começam a dar um novo significado à escola, como um espaço de produção de saúde, ao relacioná-la como possibilidade de melhores condições de vida: “Para ser alguém na vida”; “[...] nunca vai ter uma profissão boa”. Os alunos passam a relacionar a escola como um meio de alcançar os determinantes de saúde: “Ter um trabalho bom”; “Comprar casa, comida”.

Conforme Monken e Barcellos (2007, p.184), “[...] para compreender as ações das pessoas e suas práticas no dia a dia, deve-se identificar como a vida acontece a partir do nível mais local”. As práticas sociais cotidianas materializam-se a partir das condições necessárias à subsistência humana, e poderão condicionar comportamentos e práticas.

Na categoria dos determinantes sociais da saúde e dos seus enfrentamentos, buscou-se identificar as características sociais dentro das quais a vida transcorre, bem como questões específicas do contexto social que afetam a saúde e a maneira como as condições sociais foram traduzidas pelas crianças, no que se referia ao impacto sobre a saúde. Compreender saúde, diante das especificidades dos contextos de territórios, aproxima-se da produção social dos problemas de saúde nos diversos lugares onde a vida acontece.

Os determinantes arrolados pelos alunos não tiveram relação direta com a doença ou agravos, típicos do setor saúde, mas relacionavam-se à ausência do saneamento básico: “Nada no meu bairro tem saúde”; “Só tem cachorro com sarna, pulga, carrapato e lixo”;

Lá na minha rua, colocam o lixo em cima, para quando o lixeiro chegar e pegar, mas os cachorros pegam o saco, rasgam, e, quando vem a chuva, leva tudo, entope os bueiros”;

“Entope os bueiros e daí alaga tudo”.

Teixeira (2009) destaca que há campos de determinantes sociais que vão além da exposição de risco de danos fisiológicos, que são característicos da pobreza, mas são igualmente intensos e, comumente, denominados psicossociais, como a violência e as drogas: “Não faz bem para a saúde”; “Tem que parar um pouco com os bandidos, de assaltar, de matar”; “Eu vi uma reportagem que um pai pegou um pedaço de madeira e bateu nos filhos, e um guri maior gravou tudo e levou na delegacia para explicar tudo que aconteceu”; “No meu bairro, tem pessoas que usam drogas”.

A análise dos dados aponta para o entrelaçamento entre a promoção da saúde, a determinação social da saúde e o território em que se expressam na concepção ampliada de saúde.

O Mapa do Tesouro: Considerações Finais

A dinâmica do mapa falante foi referida pelas crianças como o “Mapa do Tesouro”, o que se considerou como uma apropriada analogia ao que se pretende no trabalho de promoção da saúde. O mapa do tesouro oferece aos seus participantes a rota a ser seguida até atingirem o tesouro, ainda que, para isso, tenham de superar muitos desafios, avanços e retrocessos, até chegarem ao tesouro: produção de saúde.

A operacionalidade da dinâmica motivou a participação ativa dos sujeitos, sobretudo por se tratar de crianças, e a diversidade de materiais disponibilizados estimulou a criatividade e a sensibilidade para a construção do produto final: o mapa. Entende-se, também, que a atividade se reveste do conceito de promoção da saúde, e que a linguagem artística e a discussão grupal, por sua vez, tornam-se uma ação educativa. A dinâmica propicia a validação do conhecimento produzido e, a partir da sistematização dos dados, o próprio grupo identifica a aproximação e o distanciamento dos conteúdos construídos coletivamente.

Destaca-se, diante dos elementos construídos no mapa falante, a presença de delegacia e de

polícia. Os significantes desses temas relacionam-se ao setor de segurança pública, no entanto, o significado atribuído pelas crianças é o de que delegacia e polícia produzem saúde. A análise desses conteúdos, expressos na produção e nas falas dos sujeitos, ratifica os princípios da promoção da saúde e o conceito ampliado de saúde, que se refere à intersetorialidade como estratégia de enfrentamento dos determinantes de saúde. Conforme apontam Campos, Barros e Castros (2004), a intersetorialidade não deve ser vista como única estratégia a ser utilizada nos diferentes territórios e populações, ela deve mobilizar os setores necessários para responder às necessidades de saúde de uma coletividade, desse modo, entrelaçando todos os atores envolvidos, principalmente a população, devendo sua participação ocorrer desde o diagnóstico da situação até a avaliação das ações implantadas.

Outro dado a ser destacado neste estudo é a ausência da palavra doença, já que as crianças substituíam-na por “não é saúde”, e, assim, traziam para discussão os determinantes do processo saúde-doença apresentados neste trabalho.

A promoção da saúde propõe a mudança do modelo de atenção e de orientação das práticas de saúde, possuindo, como estratégia central, a constituição das políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Assim, por meio da concepção ampliada de saúde, esses campos devem ser desenvolvidos de forma articulada, favorecendo a estruturação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e de saúde, e o fortalecimento da população para o controle dos determinantes sociais em saúde. Com isso, potencializa-se o modelo assistencial de saúde pautado na promoção da saúde.

Por fim, recorre-se, novamente, a Quintana, ao encontrar nas ações de promoção da saúde, a partir do conceito ampliado de saúde, a possibilidade de mudança na vida e nas condições de saúde da população: “Há tanta moça bonita/Nas ruas que não andei/ (E há uma rua encantada/Que nem em sonhos sonhei [...])”.

Referências

- 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, fev. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf> >. Acesso em: 24 out. 2010.
- ÁRIES, P. *História Social da Criança e da Família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Saúde na Escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 24. Série B. Textos básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação que produz saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_que_produz_saude.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.
- _____. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 4 out. 2010.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4. Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.
- BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15- 39.
- _____. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> >. Acesso em: 21 out. 2010.
- BYDŁOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p.14-24, jan./abr.2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2010.
- CABRAL, I. E. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. *et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 177-203.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2011
- CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.745 – 749, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf> >. Acesso em: 22 nov. 2010.
- CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.669-678, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2010.
- CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39- 53.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. p.51-86.
- NATIVIDADE, M. R.; COUTINHO, M. C.; ZANELLA, A. V. Desenho na pesquisa com crianças: análise na perspectiva histórico-cultural. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, RS, v. 1, n. 1, p.9-18, jan.-jun. 2008. Disponível em: < <http://www.contextosclinicos.unisinos.br/pdf/41.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2011.
- QUINTANA, M. *Quintana de bolso*. Porto Alegre: L&PM, 1997.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo - razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: EDUSP, 2009.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da Saúde: concepção, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003. Disponível em: <

<http://www.interface.org.br/revista12/artigo3.pdf> >. Acesso em: 21 out. 2010.

SIROTA, R. Emergência de uma Sociologia da Infância: evolução do objeto e do olhar. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 112, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n112/16099.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2010.

TEIXEIRA, P. F. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, set./dez. 2009.

VALADÃO, M. M. *Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. 2004. 154f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Recebido para publicação em Fevereiro/2012

Versão final em Abril/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará

Challenges and perspectives on the implementation the Humanization Policy at the Assis Chateaubriand Maternity School in Fortaleza, Ceará

Edilene Maria Vasconcelos Ribeiro¹, Ana Karla Batista Bezerra Zanella², Maria Sônia Lima Nogueira³

¹ Mestranda no Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assistente Social da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (UFCE) – Fortaleza (CE), Brasil. edileneribeiroas@gmail.com

² Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assistente Social da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (UFCE) – Fortaleza (CE), Brasil. anakarlabbz@yahoo.com.br

³ Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assistente Social da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMSE) – Fortaleza (CE), Brasil. politicaspublicasuece@hotmail.com

RESUMO O referido estudo tem por objetivo analisar o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), através do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQMRP). A pesquisa pautou-se em estudo de natureza qualitativa do tipo descritiva. Os sujeitos da pesquisa perfizeram um universo de oito profissionais. Como principal resultado, visualizou-se que a Política de Humanização obteve êxito no contexto de mudanças institucionais previstas através do PQMRP.

PALAVRAS CHAVE: Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT *This study aims to analyze the implementation process of the Humanization Policy at the Assis Chateaubriand Maternity School (MEAC) through Maternity and Perinatal Network Qualification Plan of the Northeast and Amazon (NAMPNQP). The research was based on a qualitative, descriptive approach. The study sample consisted of eight professionals. The main conclusion was that the Humanization Policy was found to be successful in the context of the institutional changes established through the NAMPNQP.*

KEYWORDS: *Unified Health System; Health Policy; Humanization of Care.*

Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) demarcam um novo rumo na trajetória da política de saúde no Brasil. Como estratégia para o fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde tem incentivado a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), que teve como projeto piloto o Programa Nacional de Atenção Hospitalar à Saúde (PNHAH).

Os valores que norteiam tal política perpassam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, assim como a sua corresponsabilidade no estabelecimento de vínculos e na participação coletiva dos trabalhadores no processo de gestão.

Visualizando todas as prerrogativas legais quanto à implantação da PNH, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, tem estimulado iniciativas em diversas regiões do País, dentre as quais se destaca o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQMRP), que faz parte do pacto para a redução da mortalidade infantil e materna nessas regiões.

O Plano de Qualificação tem como objetivo a aplicação da Política Nacional de Humanização durante pré-parto, parto, nascimento e puerpério, proporcionando e estimulando a discussão das práticas de saúde em conjunto com gestores de maternidades, áreas técnicas, atenção básica e especializada.

Nesse sentido, alguns dispositivos da política de humanização vêm sendo utilizados como eixos centrais do PQMRP, dos quais discute-se, neste estudo, o acolhimento com classificação de risco, a visita aberta com direito ao acompanhante e a cogestão. Tais dispositivos trazem em seu bojo a perspectiva da redução da mortalidade materno-infantil, vista como prioridade nas diversas instâncias do governo.

A proposta da humanização destituiu a concepção do modelo de assistência hospitalar pautado na despersonalização e na submissão disciplinar do paciente

nas decisões médicas. Visa, na verdade, a possibilitar o fortalecimento da comunicação e do diálogo entre usuários, profissionais, trabalhadores e gestores da saúde, instituindo uma “nova cultura” de atendimento (DESLANDES, 2004).

A mudança da racionalidade gerencial hegemônica implicará outras formas de se produzir arranjos institucionais que não aqueles que anulam qualquer forma de participação coletiva. A construção desses espaços coletivos possibilita a participação de outros agentes externos (CAMPOS, 2007).

O cenário eleito para o estudo foi a Maternidade de Escola Assis Chateaubriand (MEAC), que compõe os hospitais universitários da Universidade Federal do Ceará, tendo como funções primordiais o ensino, a pesquisa e a assistência médico-hospitalar. Caracteriza-se por prestar assistência às mulheres e aos recém-nascidos em nível terciário, configurando-se como referência no Município de Fortaleza e no Estado do Ceará quanto às suas especialidades (obstetrícia, ginecologia e neonatologia), sendo ainda reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade de excelência em atendimento a gestantes de alto risco.

A primeira fase do processo de implantação do Plano de Qualificação na MEAC iniciou-se em dezembro de 2009, com a participação de uma apoiadora institucional¹ do Ministério da Saúde. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico sobre a estrutura geral da maternidade – seus indicadores de produção, assistenciais e epidemiológicos; as características do modelo de atenção e de gestão; os seus principais desafios; como também os avanços e iniciativas existentes.

No contexto de implantação da primeira fase do plano foram apresentadas suas diretrizes, propostas através de reuniões institucionais com as secretarias municipal e estadual de saúde. Foram realizadas também oficinas, cursos, visitas técnicas a centros de referência em saúde, participação em congressos, videoconferências e visitas de supervisores e outros apoiadores do plano.

¹ Representante do Ministério da Saúde responsável pela discussão do processo de implementação do Plano de Qualificação nas maternidades de referência de Fortaleza (CE): MEAC e Hospital Geral Doutor César Cals. Recorre-se à terminologia utilizada por Campos (2007) para designar aquele que desempenha funções nas equipes, ajudando-as na gestão, nos processos de trabalho e na construção de espaços coletivos. Estabelece, pois, uma relação dialética entre o apoiador institucional e a equipe apoiada.

Vale destacar que alguns profissionais da MEAC participaram da visita técnica ao Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte (MG) e outros realizaram estágio em Neonatologia no Hospital Universitário de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo. E mais: foi proporcionada a formação de 12 profissionais, entre médicos e enfermeiras, no curso ALSO², promovido pelo Ministério da Saúde. Registra-se também a formação de um grupo estratégico de implementação do plano (Grupo de Trabalho de Humanização), envolvendo diversos trabalhadores da MEAC.

Em 2011, a MEAC continuou seu processo de implementação das ações do PQMRP iniciadas em 2010, no sentido da efetivação e do fortalecimento dos grupos referidos, organizados em seus diversos setores, constituídos de oito colegiados gestores por unidades de produção³: Unidades Neonatais e Alojamento Conjunto; Emergência; Centro Obstétrico; Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Materna; Centro Cirúrgico; Ambulatórios; e Unidades de Internação (obstetrícia e ginecologia).

No mesmo período, foi elaborado um novo plano de ação contemplando outras diretrizes, tendo sido formuladas estratégias para cumprimento das metas planejadas e não executadas em 2010, a partir da realização de oficinas avaliativas da primeira fase do plano. E mais: foi repactuada, com o grupo estratégico e a direção da MEAC, a realização de encontros semanais para discutir a implementação e o monitoramento do plano de ação.

A proposta do acolhimento com classificação de risco teve grandes avanços, uma vez que foram construídos protocolos de atendimento em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sob orientação da apoiadora institucional do PQMRP/MS e de profissionais das outras maternidades da rede. Ressalte-se

que o espaço físico da emergência foi readequado para o atendimento nesses moldes. No momento da realização da pesquisa, tal dispositivo estava se efetivando em caráter experimental, e as equipes, sendo capacitadas em serviço.

O direito ao acompanhante de livre escolha para as gestantes durante o trabalho de parto e pós-parto imediato já estava sendo garantido na MEAC desde 2007, em consonância com a Lei nº 11.108/2005. Já a visita aberta só foi instituída em junho de 2011. Ambos os dispositivos passaram a ser objeto de atenção dos gestores e dos trabalhadores da instituição.

A implantação do Plano de Qualificação na MEAC certamente demarca uma nova configuração na reorganização dos diversos espaços institucionais, o que representa um grande salto qualitativo nas relações entre os profissionais e entre estes e os usuários do SUS.

Metodologia

O estudo pautou-se em uma investigação descritiva e de natureza qualitativa, cujo objeto analisado está inserido em um contexto político, histórico-social e institucional. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC).

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista semiestruturada, gravada (conforme permissão dos sujeitos), e a observação sistemática. Quanto à análise e à sistematização das informações, o estudo pautou-se na contribuição de Bardin (2004) relativa à análise de conteúdo. Assim, os dados foram coletados, organizados e apresentados em três fases, sendo: 1 – caracterização dos sujeitos participantes do estudo;

² Advanced Life Support in Obstetrics (Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia): curso proporcionado pelo Ministério da Saúde para médicos e enfermeiros de todo o País, baseado em parâmetros internacionais, a fim de possibilitar uma assistência humanizada ao parto, reduzindo a mortalidade materna e infantil, assim como as complicações pós-parto nas mães e nos recém-nascidos.

³ Entende-se por unidades de produção, segundo Campos (2007), a desconstrução desigual da distribuição do poder expressa nos rígidos sistemas hierárquicos. É importante o envolvimento de todo o pessoal para a construção de uma identidade para os coletivos, construindo sentidos e significados para estes, tendo a possibilidade de democratizar o poder, abrindo espaços para que os coletivos organizados sejam as próprias unidades constitutivas das organizações. "Uma Unidade de Produção, nesse sentido, seria um Coletivo Organizado em potencial, já que juntaria sob uma mesma direção diferentes profissionais e especialistas, todos envolvidos com um certo processo produtivo" (CAMPOS, 2007, p. 155).

2 – análise das falas dos participantes extraídas das entrevistas, após leitura exaustiva e categorização; e 3 – interpretação e análise das falas e conteúdos obtidos em diálogo com os autores que referenciaram a pesquisa.

Os sujeitos eleitos para a pesquisa foram trabalhadores e gestores da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, entrevistados na própria instituição, em um total de oito profissionais: uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, uma médica, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e duas recepcionistas, em um período compreendido entre novembro de 2010 e agosto de 2011. Vale dizer que os entrevistados foram categorizados numericamente a fim de preservar seu anonimato.

Como critério de inclusão, foi considerada a participação ativa dos profissionais no grupo estratégico de humanização constituído em função do processo de implementação do Plano de Qualificação. O critério de exclusão permeou a não participação do profissional no citado processo.

Ressalte-se que o estudo, por ter envolvido seres humanos, atendeu todas as exigências éticas e científicas fundamentais, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução no 196/96, mediante a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, sob o protocolo de número 140/10. Nesse sentido, foi formulado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora, no qual consta o objetivo e as garantias de sigilo de identidade dos sujeitos.

Resultados e Discussão

Os sujeitos entrevistados passaram por oito profissionais de saúde caracterizados conforme o quadro abaixo.

Tabela 1. Perfil dos entrevistados

Profissionais	Formação/Idade	Vínculo empregatício	Tempo de serviço na MEAC
Entrevistado nº 1	Assistente Social, 48 anos, especialista em gestão de pessoas e em família, abordagem sistêmica. Mestra em Saúde da Criança e Adolescente	Estatutária	24 anos
Entrevistado nº 2	Psicóloga, 45 anos, especialista em psicologia hospitalar e psicopedagogia. Mestra em Educação	Celetista	19 anos
Entrevistado nº 3	Recepcionista, 34 anos, técnica em contabilidade	Celetista	08 anos
Entrevistado nº 4	Nutricionista, 34 anos, especialista em alimentos em saúde pública e nutrição clínica. Mestranda em Farmacologia	Estatutária	05 anos
Entrevistado nº 5	Médica, 53 anos, especialista em ginecologia e obstetrícia. Mestre e Doutora em ginecologia	Estatutária	26 anos
Entrevistado nº 6	Fisioterapeuta, 40 anos, especialista em fisioterapia cardiorrespiratória. Mestra em Farmacologia	Estatutária	16 anos
Entrevistado nº 7	Recepcionista, 35 anos, ensino médio completo	Celetista	16 anos
Entrevistado nº 8	Enfermeira, 43 anos, especialista em obstetrícia	Estatutária	16 anos

Fontes: Dados coletados através da aplicação das entrevistas

Através da análise dos dados, observamos quatro eixos centrais para a discussão do estudo assim apresentados: os pressupostos básicos da humanização; os eixos de ação do plano: visita aberta, direito ao acompanhante, acolhimento com classificação de risco e a cogestão; os significados da humanização e os desafios e perspectivas. Tais eixos foram estruturados de acordo com as leituras e a categorização dos dados obtidos conforme a análise da fala dos sujeitos entrevistados, à medida que se procurou definir pontos-chave que contemplassem os objetivos propostos pelo estudo.

Pressupostos Básicos da Humanização

A política de humanização efetiva-se nas práticas em saúde, no cotidiano de trabalho dos profissionais com outros profissionais e entre os usuários do sistema de saúde. A proposta da política parte ainda de pressupostos, conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, que se propõem a transformações nas relações sociais envolvendo trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução dos serviços, bem como a mudanças nas formas de produzir e reproduzir serviços prestados à população.

A relação entre esses sujeitos possibilita a construção de uma política humanizada. Nesse sentido, para a obtenção de uma verdadeira política de humanização, é preciso (re)organizar os processos de trabalho e a maneira como eles são instituídos e construídos no ambiente institucional (BRASIL, 2004). Devem-se priorizar as ações coletivas para a conformação de discussões e reflexões sobre os modelos vigentes em saúde.

Nos achados da pesquisa, identificou-se o reconhecimento de se trabalhar em equipe e o envolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde no processo de construção da política de humanização na instituição, como pode ser observado nos seguintes relatos: “Primeiro, o próprio trabalho em equipe já pressupõe um trabalho humanizado” (Entrevistada nº 2); “[...] a gente tem observado que as ações do parto aqui, [...] elas ainda precisam ter um leque de participação, as maiores categorias envolvidas” (Entrevistada nº 6).

O reconhecimento do trabalho em equipe se direciona para o reordenamento das práticas em saúde, pois é nesse enfoque que se possibilita a

valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. (BRASIL, 2006b, p. 28).

As parcerias, os diálogos, as experiências, os objetivos em comum acabam se direcionando para a concretização da assistência à saúde, no qual os profissionais poderão demandar respostas às necessidades da população.

Os profissionais inseridos em uma rede de interdependência poderão compreender as diferentes formas de trabalho e de saberes sem, contudo, homogeneizar suas práticas. O conhecimento acumulado na formação acadêmica e profissional dos profissionais de saúde nos remete a pensar sobre as diferentes formas de articulação dos conhecimentos dentro de uma perspectiva coletiva e de transformação social. Isso acaba por exigir múltiplas relações de cooperação entre os diversos conhecimentos, habilidades e competências.

Além da questão acima mencionada, a valorização profissional e a melhoria das condições de trabalho em saúde também foram destacadas pelos entrevistados, trazendo à tona a ideia da ausência desses aspectos como fator dificultador da humanização do serviço, conforme expressam as falas:

[...] falta de profissionais para gente da recepção é muito pouco, eu trabalho a manhã inteira praticamente só. Ai, quer dizer, acumula tudo, [...] é a única parte que não tá legal ainda, é só a falta de profissional na recepção. (Entrevistada nº 3).

[...] nós temos que ter uma gestão de recursos humanos e, muitas vezes, tem sido nosso empecilho [...]. Nós não temos, ainda, quantidade de profissional que venham realmente

a poder se fazer presente nessa humanização.
(Entrevistada nº 6).

Nesse sentido, a abrangência e a aplicabilidade da humanização estão sendo construídas na MEAC, apesar da existência de alguns limites institucionais, como a recente experiência de gestão democrática, a carência de recursos humanos e a necessidade de reestruturação dos espaços físicos. Estas são questões que merecem ser revistas cuidadosamente.

A comunicação e a linguagem também foram ressaltadas pelos entrevistados como elementos importantes para a humanização. Veja-se o que diz uma entrevistada:

[...] a humanização é toda essa questão da comunicação, da humanização mesmo, de ouvir, de entender, de poder ajudar, [...] então, são todas as atitudes que as pessoas podem fazer, explicar o que estão fazendo. (Entrevistada nº 4).

Verifica-se que a comunicação estabelecida entre profissionais e usuários do sistema de saúde é imprescindível para o modelo de atenção à saúde voltada à humanização dos serviços – remete, pois, ao princípio básico do acolhimento.

A valorização do diálogo é prerrogativa para se efetivar a proposta da política de humanização nas redes de saúde em seus diversos níveis de complexidade. Segundo Boaretto (2004), o diálogo no setor de saúde, através dos conselhos de direitos e outras instâncias sociais, possibilita maior influência e participação da população na gestão das políticas públicas.

Eixos de Ação do Plano: Visita Aberta, Direito ao Acompanhante, Acolhimento com Classificação de Risco e Cogestão

Foi evidenciado, no estudo, que o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal está conseguindo alcançar seus objetivos propostos no que se refere ao cumprimento das exigências das estratégias caracterizadas nessa primeira

fase de execução, quais sejam: implantação da visita aberta, ampliação do direito ao acompanhante, implantação do acolhimento com classificação de risco e cogestão. Destaca-se, ainda, que a segunda fase do trabalho do Ministério da Saúde é a implantação do Programa Rede Cegonha, que se encontra em processo de estruturação.

A consolidação do plano, através da visita ampliada, do direito ao acompanhante e do acolhimento com classificação de risco está sendo percebida pelos profissionais e trabalhadores da saúde como passo importante para se efetivar a política de humanização na instituição, como se percebe em alguns relatos: “Acredito, com certeza, tá sendo implantado, sim, a parte do acompanhante” (Entrevistada nº 3); “[...] na classificação por risco, algumas coisas já foram feitas, [...] os manuais já foram adaptados, muitas pessoas já participaram da organização desse material, que os protocolos já foram usados” (Entrevistada nº 2).

Registre-se que uma das primeiras medidas propostas e executadas na MEAC foi a ampliação do horário de visita às pacientes internadas, obedecendo ao período que elas próprias optaram. No que diz respeito ao direito ao acompanhamento, isso já era uma realidade na instituição, sendo necessárias algumas melhorias em infraestrutura e logística, como a garantia de refeição para todos os acompanhantes indiscriminadamente, direito este que só foi contemplado em dezembro de 2011.

Considera-se, pois, que as medidas referidas acima requerem, segundo a PNH, novas práticas de gestão, reestruturação dos espaços físicos e logísticos, informatização da recepção, qualificação profissional, entre outros aspectos. Quanto ao aspecto de formação profissional, a fala de uma entrevistada é ilustrativa:

[...] eu acho que tem que ter, antes de acontecer isso, um curso, uma preparação pra recepção e portaria, que eu acho que o acolhimento começa nessa parte, na entrada do hospital [...]. Eu acho que esse ponto aí tá faltando, faz muito tempo que a gente não tem [...]. A gente não tem que viver só em reunião para resolver problema. (Entrevistada nº 7).

Dessa forma, observa-se sua importância no sentido de aumentar o número de profissionais de saúde com competência técnica para prestar acolhimento e assistência aos familiares, sejam estes visitantes ou acompanhantes. Constata-se que a Política de Humanização é imprescindível para o processo de (re)construção dos espaços coletivos e nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Evidenciou-se, ainda, que houve melhoria no andamento dos processos de trabalho na instituição com a implantação do Plano de Qualificação. Contudo, muito se tem ainda a avançar, conforme relata uma das entrevistadas:

Eu acredito mesmo que algumas coisas vêm sendo mudadas, mas é certo que ainda está longe para as coisas acontecerem da forma que a gente precisa, que a gente acredita. Mas eu tenho esperança que as coisas se resolvam. (Entrevistada nº 8).

De maneira geral, compreende-se que, na perspectiva da clínica ampliada, tendo em vista a produção de saúde nas suas mais ínfimas determinações, a visita aberta e o direito ao acompanhante são imprescindíveis para a concretização dessa proposta. Além disso, a inclusão da comunidade e dos familiares no processo de cuidados ao paciente possibilita e aumenta a autonomia dos sujeitos inseridos no processo saúde-doença. Dessa forma, a manutenção da inserção social no ambiente hospitalar propicia uma rede de solidariedade e responsabilização, possibilitando o fortalecimento e o estreitamento de vínculos entre paciente-família, equipe profissional-família e paciente (BRASIL, 2007).

Seguindo essa linha de análise, no que concerne à discussão da cogestão, esta não foi expressa na fala dos profissionais. Na verdade, o que se percebe é que ela está em processo de construção na realidade e no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, o que vem a impactar, sobretudo, na mudança de paradigma que remete ao conceito de humanização, que, por sua vez, deriva de relações democráticas a serem construídas no contexto institucional, pois não se tem como construir um projeto de humanização sem que

se considere a democratização das relações interpessoais (CAMPOS, 2005).

Significados da Humanização

Diversos são os conceitos e as definições sobre a humanização. Seu entendimento vem sendo muito discutido no âmbito da saúde e pelas iniciativas apoiadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, identificadas como: a humanização da assistência, a humanização do parto, o projeto Maternidade Segura e o Método Canguru (DESLANDES, 2004).

Dentre os significados atribuídos à Política de Humanização pelos trabalhadores de saúde entrevistados, visualizou-se a prerrogativa do “se colocar no lugar do outro”: “A política de humanização, pra mim, é se colocar no lugar do outro, [...] é você tratar e cuidar aqueles pacientes como se fosse você” (Entrevistada nº 8).

A proposta da Política de Humanização vista como política transversal na rede do SUS tem como um de seus propósitos construir trocas solidárias para a produção de saúde, como construir atitudes e ações humanizadoras nas quais se incluem gestores, trabalhadores de saúde e usuários. É necessário empreender esforços coletivos para disseminar uma nova e verdadeira cultura de atendimento humanizado (BRASIL, 2006a).

Assim, a forma de acolhimento é um dos pressupostos básicos para garantir o acesso dos usuários que procuram o sistema de saúde com a finalidade de atender suas necessidades e de fazer valer seus direitos. Veja-se como um profissional se refere ao dispositivo:

[...] você tem que acolher a paciente, saber naquele momento que tem que ver o estado que ela se encontra. Eu acho que ela tá muito sensível naquele momento, ela quer ter um apoio, uma atenção. (Entrevistada nº 7).

Como postura ética, o acolhimento não se resume apenas a um conjunto de profissionais em um determinado espaço físico recebendo os usuários de acordo com protocolos estabelecidos. O acolhimento perpassa inúmeras determinações de comprometimento com a

qualidade dos serviços prestados, com a criação e o fortalecimento de vínculos e, principalmente, com a construção coletiva dos saberes, das necessidades e possibilidades (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a valorização do humano foi identificada em uma das falas como fator importante: “[...] a política de humanização visa a essa valorização do ser humano nas mais diferentes formas e aspectos de sua vida” (Entrevistada nº 6).

Desse modo, a visão ampliada de humanização foi validada, na fala de alguns entrevistados, como algo que vai além do valor benemerente atribuído a ela, mas que implica nos valores que vêm a nortear tal política, conforme já fora mencionado, como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, assim como a sua corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos e a participação coletiva dos trabalhadores no processo de gestão (BRASIL, 2006a).

Entretanto, segundo Benevides e Passos (2005a), a humanização enfrenta dois grandes desafios: o conceitual e o metodológico. Os autores avaliam que o desafio conceitual parece mais um modismo, no qual ‘padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática’, o que a eles convêm chamar de conceito-sintoma. A humanização passa a se reproduzir de forma mecânica e instituída, perdendo toda a sua perspectiva de mudança das práticas de saúde já vivenciadas nas lutas pela democratização da saúde nas décadas anteriores. Nesse sentido, corre-se esse duplo risco.

Desafios e Perspectivas

O estudo que ora vem a público evidenciou que um dos grandes desafios dos processos de trabalho dos profissionais, na instituição, no contexto da implementação do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal foi a resistência dos profissionais às mudanças, ilustrada no relato:

Uma das coisas que eu acredito que vá ser um grande desafio é retirar as pessoas de uma zona

de conforto em que elas já fazem da forma que elas querem, a partir da perspectiva do que elas acham que está certo, e inscrever uma nova prática. (Entrevistada nº 2).

Benevides e Passos (2005b) fazem uma crítica referente à conceituação da humanização, perguntando-se para que servirá tal esforço se esta não resultar em mudanças na qualidade dos serviços prestados, nas práticas concretas dos serviços de saúde e nas condições de trabalhos dos profissionais envolvidos.

Esse fato tão emblemático nas discussões nos possibilita refletir e repensar o que, de fato, pretendemos para construir práticas coletivas para uma redefinição dos modelos de atenção à saúde e para afirmar o debate das políticas de humanização. Nessa perspectiva, os autores em questão discutem o desafio metodológico da humanização afirmando que

a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar ‘o que fazer’ com o ‘como fazer’, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 391).

Se, de um lado se reconhece como grande desafio as resistências dos profissionais às mudanças, de outro, acredita-se que, com o processo de implementação do Plano de Qualificação, as posturas e práticas podem transformar-se, tal como o evidenciado na fala de uma profissional entrevistada:

Então, a gente acredita que existe uma resistência, mas, com o tempo, as vantagens que essa política vem a trazer, não só para o paciente, elas são fundamentais para que a equipe realmente resgate essa sua posição e consiga se envolver nesse processo que vem se dando. (Entrevistada nº 1).

Nessa perspectiva, a mudança de paradigma, embora esteja permeada por conflitos, resistências e interesses diversos, não está finalizada de uma vez por todas, pois alterar a lógica da racionalização técnico-burocrática

e da compartimentalização das práticas – isto é, do cartesianismo nos serviços de saúde através dos processos de trabalho – é recorrer à construção de uma política de humanização voltada para a valorização dos sujeitos na produção da saúde.

O maior desafio identificado no estudo para a implementação, de fato, da Política de Humanização na MEAC é a superação de práticas e posturas que não se direcionam para a transformação da realidade percebida em uma dimensão coletiva. Nesse veio, uma profissional afirma: “Eu espero que as pessoas se conscientizem que as mudanças estão acontecendo e que nós não estamos mais no tempo em que existia uma onda de conforto” (Entrevistada nº 8).

Segundo Minayo (2004), a humanização do setor saúde está centrada em três pontos principais: 1 – a centralidade do sujeito na sua intersubjetividade, na qual ele não é somente aquele a quem se deve tratar com delicadeza e de forma bondosa, ou na qual não se deve apenas criar um espaço confortável para os pacientes, mas, acima de tudo, reconhecer a humanidade no outro, na sua capacidade de pensar, de agir e interagir com o meio e com o próximo, na sua capacidade de manifestar sentimentos, desejos e intencionalidades, de expressar e exercer sua autonomia frente às situações vividas; 2 – o processo de humanização supera, e muito, o caráter funcionalista e mecanicista que muitas vezes é utilizado para racionalizar a sua implementação; 3 – a formação dos profissionais, principalmente médicos, ainda continua tecnicista e fortemente centrada no corpo do indivíduo portador de uma enfermidade. Tais pontos precisam ser problematizados para que haja a transformação das crenças e atitudes (MINAYO, 2004). O entendimento de uma profissional vai ao encontro de tais orientações, pois ela acredita

[...] que se todos os profissionais da instituição estiverem realmente envolvidos e conseguirem perceber a dimensão que é esse Plano de Qualificação, que envolve hoje a política de humanização, realmente, os resultados irão beneficiar não apenas ao cliente, a família, mas a todos que estejam envolvidos dentro da instituição. (Entrevistada nº 1).

Assim, a humanização na atual conjuntura do sistema público de saúde direciona-se, a priori, para a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do sistema de saúde. O cuidado e a criação de vínculos entre usuários e profissionais de saúde devem estimular e promover a participação em saúde e fortalecer o exercício da cidadania (BRASIL, 2004).

Considerações Finais

Diante das análises expostas, pode-se constatar que o processo de implantação da Política de Humanização na MEAC obteve êxito no contexto de mudanças institucionais previstas através do PQMRP, sobretudo na ampliação de direitos e do acesso dos usuários aos serviços prestados, o que, de certa forma, preencheu uma lacuna histórica na melhoria do atendimento em saúde.

Com base nos avanços, torna-se importante uma constante reflexão sobre as discussões e as práticas de saúde que estão sendo propostas na implantação da Política de Humanização através do Plano de Qualificação. Pois, é dessa forma que os sujeitos inseridos nesse processo poderão construir e reafirmar, de fato, os dispositivos da política de saúde como um todo.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modelo? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005a.
- _____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília, 2006b.
- BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- _____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 15-29, 2004.
- OLIVEIRA, M. L.; MACHADO NETO, J. G. Segurança na aplicação de agrotóxicos em cultura de batata em regiões montanhosas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 15-25, 2005.
- PERES, F.; MOREIRA, J. C.; CLAUDIO, L. Editorial: Os impactos dos agrotóxicos sobre a saúde e o ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 4, 2007.
- PIRES, D. X. , CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. P. Uso de agrotóxicos e suicídios no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.598-605, 2005.
- SCHMITT, N. M. *et al.* Health risks in tobacco farm workers-a review of the literature. *Journal of Public Health*, Berlin, v.15, n. 4, p.255-264, 2007.
- STOPPELLI, I. M. B. S.; MAGALHÃES, C. P. Saúde e segurança alimentar: a questão dos agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 91-100, set./dez. 2005.
- TRAPÉ, A. Z. *Efeitos toxicológicos e registro de intoxicações por agrotóxicos*. 2005. Disponível em: <<http://www.agr.unicamp.br/tomates/pdfs/eftoxic.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2010.
- VON ESSEN, S. Mccurdy, S. A. Health and safety risks in production agriculture. *Western Journal of Medicine*, California, v. 169, n. 4, p. 214-220, 1998.

Recebido para publicação em Julho/2012

Versão final em Junho/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Câncer Colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida

Colorectal Cancer: between the suffering and the reappraisal of life

Leila Maria Vieira¹, Barbara Nayara de Oliveira Ribeiro², Márcia Aparecida Nuevo Gatti³, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão⁴, Marta Helena Souza de Conti⁵, Alberto de Vitta⁶

¹ Doutora em Pediatria pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. leila.vieira@usc.br

² Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. barbara.ribeiro1989@bol.com.br

³ Doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. marcia.gatti@usc.br

⁴ Doutora em Agronomia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. ssimeao@usc.br

⁵ Doutora em Ginecologia, obstetrícia e mastologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil. Docente do curso de Fisioterapia e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. madeconti@yahoo.com.br

⁶ Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Docente do curso de Fisioterapia e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. albvitta@yahoo.com.br

RESUMO Este estudo objetivou compreender as experiências vividas por seis pacientes submetidos à bolsa de colostomia após cirurgia de câncer colorretal. A metodologia foi a “Ground Theory” e o referencial teórico do interacionismo simbólico, que leva à formação de categorias, subcategorias e categoria central. Os dados foram coletados sistematicamente e simultaneamente, até a saturação teórica. A necessidade da bolsa de colostomia revelou sentimentos que fizeram emergir três fenômenos: sendo surpreendida no pós-operatório; tendo que aceitar a convivência com colostomia e repensando a vida. A análise do processo levou ao desenvolvimento da categoria central CÂNCER COLORRETAL: ENTRE O SOFRIMENTO E O REPENSAR NA VIDA.

PALAVRAS CHAVE: Colostomia; neoplasias colorretais; qualidade de vida; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *The aim of this study was to understand the experiences of six patients subjected to using a colostomy bag following surgery for colorectal cancer. The methodology used was the Ground Theory with the theoretical framework of symbolic interaction, which leads to the formation of categories, subcategories and a core category. The data were collected systematically and simultaneously up to the point of theoretical saturation. The need for a colostomy bag revealed feelings that demonstrate three phenomena: feeling surprised postoperatively; having to accept living with a colostomy and rethinking life. The review of the process led to the development of the core category COLORECTAL CANCER: BETWEEN THE SUFFERING AND THE REAPPRAISAL OF LIFE.*

KEYWORDS: Colostomy; colorectal neoplasms; quality of life; qualitative research.

Introdução

A causa exata do câncer de cólon e reto é desconhecida. Os principais fatores encontrados na literatura, apontados como fatores de risco, são: idade acima de 50 anos; história familiar de câncer de cólon e reto; história pessoal pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama; dieta com alto conteúdo de gordura; ingestão excessiva de carne; baixo consumo de frutas, vegetais e cereais; obesidade; sedentarismo; consumo excessivo de álcool; tabagismo; doenças inflamatórias do cólon, como reto colite ulcerativa crônica; doença de Cronh; e algumas condições hereditárias, como Polipose Adenomatosa Familiar e Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose (BRASIL, 2008).

O tratamento do câncer colorretal consiste em procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, sendo as duas últimas terapias associadas à cirurgia. A ressecção cirúrgica do local afetado e a realização de uma colostomia permanente constituem-se na mais efetiva terapia para o câncer colorretal, porém, muitos pacientes desconhecem ou não são informados a respeito do pós-operatório, que culminará na necessidade de utilização da colostomia (BRASIL, 2008).

A ostomia (ou estomia) é conhecida desde o ano 350 a.C. É considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas, pois possibilita a sobrevivência da pessoa acometida por câncer colorretal (MARUYAMA; ZAGO, 2005). As razões mais predominantes para colostomias são as neoplasias e os ferimentos por arma de fogo ou arma branca. Nestas últimas condições, a colostomia pode ser temporária, ocorrendo o fechamento em um tempo que varia de acordo com condições relativas ao portador; ou definitiva, perdurando por toda a vida da pessoa (BELATO *et al*, 2005).

A qualidade de vida (QV) do paciente com câncer colorretal, que é submetido à colocação da bolsa de colostomia, é importante para o tratamento da patologia. Distúrbios da ansiedade ou, até mesmo, depressão são reações esperadas, cabendo ao profissional da área da saúde participar ativamente desse período difícil e complexo (SIMONETTI, 2006).

O indivíduo ostomizado comumente se sente muito diferente dos demais e até mesmo excluído. Isso

decorre do fato de que todo ser humano constrói, ao longo de sua vida, uma imagem de seu próprio corpo, que se ajusta aos costumes, ao ambiente em que vive, enfim, que atende às suas necessidades de sentir-se situado em seu próprio mundo (SILVA; SHIMIZU, 2006).

O sentimento de inutilidade, desgosto, depressão, perda da autoestima, do status social e da libido, além de reforçarem as alterações na dinâmica familiar, causam impacto psicológico, nutrem a fantasia de que perderão sua capacidade produtiva, levando-os a exteriorizar sentimentos como tristeza, ódio, repulsa e medo (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

A situação pode levar a alterações na vida sexual do paciente, resultando em diminuição ou perda da libido e, por vezes, impotência, todas relacionadas com a alteração da imagem do corpo e a consequente diminuição da autoestima, bem como com a preocupação relacionada à eliminação de odores, aos flatos e às fezes durante a relação sexual (ALVES, 2000).

Considerando o exposto, o presente estudo buscou compreender e explorar sentimentos, expectativas de vida, adaptação social, convívio familiar, relacionamento conjugal e vida espiritual de pacientes que foram submetidos à utilização da bolsa de colostomia após diagnóstico e cirurgia decorrente do câncer colorretal.

Metodologia

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Estadual de Bauru/SP, que oferece assistência em diversas especialidades. A casuística foi composta por seis pacientes com diagnóstico de câncer colorretal, utilizando bolsa de colostomia, que compareceram ao serviço de quimioterapia do hospital nos meses de setembro, outubro e novembro de 2010.

A análise buscou a representação do processo vivenciado e baseou-se no método da Teoria Fundamentada em dados, também denominada Ground Theory, tendo como fio condutor a formação de categorias indicadas por Chenitz e Swanson (1986), que preconizam a nomeação dos fenômenos, categorias e subcategorias na forma verbal do gerúndio, por expressar uma ação em curso ou uma ação simultânea a outra, e indicam

os seguintes passos na elaboração do processo: descobrindo categorias, ligando categorias, relato de memorandos e identificação da categoria central.

O propósito do Referencial Teórico Interacionismo Simbólico é compreender as razões da ação humana transformada de maneira que a definição dada pelo indivíduo tenha significado (CHARON, 1989).

A Teoria Fundamentada em Dados é uma metodologia de pesquisa idealizada por Glaser e Strauss (1967), e baseia-se na descoberta e no desenvolvimento de uma proposição gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança.

Os dados foram coletados e analisados sistemática e simultaneamente até o momento em que se chegou à saturação teórica, ou seja, quando nenhum dado novo ou relevante foi encontrado, conforme descreve Strauss e Corbin (1990).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração (Protocolo n. 212/10).

Apresentação da Experiência

A análise compreensiva permitiu a constatação de três fenômenos: 'Sendo surpreendida no pós-operatório'; 'Tendo que aceitar a convivência com a colostomia'; 'Repensando a vida'.

O fenômeno 'Sendo surpreendida no pós-operatório' revela a surpresa vivenciada logo após acordar da cirurgia. A maioria dos pacientes desconhecia a possibilidade de ter que se submeter à colostomia, sendo que muitos deles desconheciam o que é colostomia e quais são as suas finalidades.

Essa situação retrata a falta de conhecimento e informações a respeito dos desdobramentos da cirurgia.

[...] Antes, eu nunca tinha visto a colostomia [...].

[...] A gente fica, assim, preocupada porque é uma coisa que a gente nem nunca ouviu na vida [...].

[...] Mesmo se tivesse falado, eu não tinha conhecimento do que era [...].

O sentimento de impacto ao acordar e se deparar com a colostomia trouxe à tona a incompreensão e a surpresa refletindo a falta de noção sobre como será o futuro.

[...] Eu não entendi nada quando acordei e me deparei com a colostomia [...].

[...] Nem me foi explicado que eu ia colocar a colostomia [...].

[...] Se eu soubesse que era pra colocar a bolsa, eu não teria feito a cirurgia [...].

[...] O que eu queria era poder conversar com o médico antes da cirurgia, porque ele não me disse o que poderia acontecer [...].

[...] Quem me explicou depois foi a enfermeira, depois você me explicou [...].

A dificuldade de entender e a necessidade de ter de aceitar a conviver com a colostomia retratam um momento de muita angústia e preocupação.

[...] Ainda não caiu a ficha, ainda não (silêncio). É uma coisa que eu vou ter que carregar pro resto da vida [...].

[...] No início, é duro de aceitar, não é fácil de aceitar [...].

[...] Não é fácil passar por tudo isso, não [...].

[...] Eu não aceito [...].

[...] Eu não aceitei no primeiro momento, só que eu não estava evacuando mais [...].

Outro aspecto relevante é a constatação da tristeza do paciente, principalmente pela necessidade da mudança do estilo de vida.

[...] Eu não estou feliz com isso, né? [...]

[...] Nada é mais que nem antes... tudo mudou completamente [...].

[...] Muitas coisas mudaram, daí eu fico triste [...].

[...] Não saio na rua... não saio, não vou mais à missa [...]. Não faço nada de comida mais. [...] Eu fazia caminhada, lavava roupa, passava, fazia comida, fazia tudo ali, fazia meu pão, e agora não faço mais nada [...].

[...] Não dá pra pescar, eu pescava toda vida [...].

[...] Eu fui obrigado a parar de cozinhar [...].

[...] Antes eu gostava de ficar em casa sem camisa, agora não posso mais, de sair na rua. É sair na rua e voltar pra casa correndo [...].

[...] Mas a relação sexual não tem mais [...].

[...] Ah, eu não posso mais pegar o meu neto no colo [...].

[...] Eu gostava de andar de moto [...].

[...] Não posso jogar bola [...].

Frente ao impacto da situação, o paciente fica confuso diante das mudanças que sofrerá no seu dia a dia, e relata preferir o passado.

[...] Eu preferia trabalhar cem anos, mas não usar isso aqui [...].

[...] Agora ela é pesada, dói, tem mau cheiro [...]. Ah, fora o trabalho todo que dá pra minha filha [...].

[...] A gente se sente reprimido, acha que todo mundo na rua fica te olhando, você percebe que elas olham mesmo [...].

[...] A bolsinha eu acho que a pessoa nunca acostuma, desde a primeira hora, nunca acostuma, ela incomoda [...].

[...] É, você já não fica à vontade em qualquer lugar [...].

[...] Ah, incomoda bastante, não é igual antes, não dá pra namorar minha esposa [...].

[...] Nossa! E fica sujando o dia todo, porque eu tô com diarreia ainda [...].

Vêm à tona as dificuldades da utilização da bolsa de colostomia, pensam sobre o odor que pode exalar e se constrangem, preferem o isolamento, porém, relatam a ajuda de familiares e amigos, os quais colaboram e ajudam com carinho e atenção.

[...] na casa dos outros não tem onde você limpar, aí é complicado [...].

[...] parece que atrapalha, precisa estar sempre esvaziando a bolsinha, sempre, dependendo do que você come [...].

[...] não dá nem pra sair na rua, porque precisa limpar toda hora [...]. Lá em casa tem um banheiro que eu deixo só pra fazer a higiene pessoal [...].

[...] As pessoas não entendem que está fechado, que não vai cheirar. Eu não aceito [...].

[...] você está, assim, no meio de gente, dá parece que cheira, parece que você fica com isso na cabeça [...].

[...] Minha filha me ajuda bastante, na verdade, ela faz tudo [...].

[...] Tem que ficar correndo comigo. E, dos meus filhos, o único que está correndo comigo é o mais velho [...].

[...] o meu marido é uma babá que cuida de mim [...]. Eu amo ele [...].

[...] vejo o amor da fraternidade cristã também; apesar de eu estar doente, vejo que sou amada [...].

[...] meu marido que faz tudo, coitado. Se pudesse trazer o céu para mim, ele traria. Ele faz tudo o que eu peço [...].

[...] o amor das pessoas vale a pena a gente passar por tudo isso [...].

[...] meus filhos [...] (choro) [...], eles não fizeram nenhum comentário. Estranharam, só [...].

[...] eu tô muito cansada [...].

Há um período significativo em que o portador de colostomia reflete sobre seu futuro, seus anseios, sua vida profissional e conjugal. Emergem muitas dúvidas e medos com relação ao amanhã.

[...] Penso no que será; penso em tudo, penso nos cuidados, penso na preocupação [...].

[...] Ah, incomoda bastante, não é igual antes, não dá pra namorar minha esposa, mas... [...] Ela fica em um lugar que incomoda, dá medo, medo de vazar, você já não sente mais vontade [...].

[...] Eu peço que eu volte ao normal [...].
[...] Eu vou namorar minha mulher e, ao tirar minha camisa, eu tenho vergonha [...] mas até a relação marido e mulher prejudicou [...] A sua preocupação é em agradecer a sua mulher, mas é uma situação diferente [...].
[...] Perdi tudo, sabe? Perdi minha energia, perdi tudo [...].
[...] Preocupada com os cuidados que minha filha tem que ter [...].

A mudança é um fato concreto no estilo de vida dos entrevistados, que apontam como é difícil deixar de participar de algumas atividades do cotidiano e que o único caminho é se conformar com o presente a ser vivido.

[...] Mas eu não posso ir de terça a igreja, rezar a missa, rezar o terço [...].
[...] Não saio, não vou mais à missa também, porque eu acho que é falta de respeito.
[...] Minha vida agora é comer e dormir [...] Fico dentro de casa mesmo [...].
[...] Eu não saio [...].
[...] é do hospital pra casa e da casa pro hospital [...].
[...] Antes, eu gostava [...] de sair na rua, mas não tem como você ficar. É sair na rua e voltar pra casa correndo. [...] Prefiro ficar em casa a sair [...].
[...] Sinceramente, não gosto nem de sair na rua mais [...].
[...] Eu tenho certeza que na empresa que eu levava mantimentos eles não vão deixar eu entrar, porque é uma empresa de produtos alimentícios [...].
[...] Mas, agora, tem que usar. Que toque a vida e que peça a Deus que se conforme [...]
[...] Eu sei que, se eu não cuidar, tem o problema de infecção, de limpeza correta. Eu troco sempre e tal [...].

Apesar de tantas vivências negativas, emergem relatos da importância da religiosidade para encontrar

respostas ou conforto para suas dúvidas e anseios. Reconhecem e agradecem o tratamento da unidade de oncologia do Hospital.

[...] mas, agora, tem que usar que toque a vida e que peça a Deus [...].
[...] tem que agradecer a Deus, porque, se você olhar, tem gente bem pior que você [...].
[...] mas só Deus mesmo pra resolver o problema da gente [...].
[...] Vejo o amor da fraternidade cristã, apesar de estar doente, vejo que sou amada [...]
[...] eu estou satisfeita com o tratamento do hospital. A gente se apega com as enfermeiras, gosta, deixa agente feliz. Isso contribui para o tratamento, o amor das pessoas vale a pena agente passar por tudo isso. [...] Eu vou retribuir e trazer presente pra todas as enfermeiras, porque a gente quer retribuir o amor demonstrado [...].

A estratégia para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os três fenômenos, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes. Essa estratégia permitiu identificar as categorias e subcategorias-chave que compreendem o movimento da experiência interacional vivenciada por pacientes com câncer colorretal, portadores de colostomia.

‘Sendo surpreendida no pós-operatório’ significa o momento no qual o paciente se depara com a colostomia, quando vêm à tona vários sentimentos e dúvidas sobre o que está acontecendo e, principalmente, a respeito de como será o seu futuro. O paciente passa por um processo de interiorização, assimilando as questões referentes à cirurgia.

‘Tendo que aceitar a convivência com a colostomia’, o paciente passa a entender que a melhoria de sua saúde pode ser possível, porém, vivencia situações de muitos sentimentos, tristezas e preocupações, e emerge a necessidade de ficar repensando a vida, o que será possível com a ajuda de familiares, amigos e profissionais da saúde.

Diante desse movimento, foram constatados os componentes chave da experiência, que possibilitaram denominá-la como ‘Câncer colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida’.

Discussão

O estudo possibilitou compreender a experiência interacional dos pacientes que foram acometidos de um diagnóstico de câncer colorretal – que, após cirurgia, se viram portadores de uma colostomia – e, a partir da experiência vivenciada, desenvolver um modelo teórico representativo.

A opção pelo uso da perspectiva teórico-metodológica, amparada pela Teoria Fundamentada em Dados, permitiu avanços nos conhecimentos sobre o objeto em estudo, quando comparados os achados com aqueles oferecidos pela literatura.

A escolha da categoria central ‘Câncer colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida’ emergiu pela capacidade de designar e relatar de forma abrangente tal experiência. O processo vivenciado inclui uma vida particular, social, cultural, econômica, de afeto, amizade, companheirismo, ajuda, entre outros, que cercam cada um dos pacientes, cada qual com suas particularidades. O estudo buscou fatos comuns entre os discursos dos pacientes, o que tornou possível identificar fenômenos e construir um modelo teórico representativo, que foi validado e é capaz de contextualizar a categoria central de tal estudo.

‘Sendo surpreendida no pós-operatório’ foi o primeiro fenômeno encontrado. A literatura reforça a importância do conhecimento prévio sobre o pós-cirúrgico. O cuidado de enfermagem perioperatório engloba o cuidado fornecido antes (pré-operatório), que se inicia no momento em que o paciente recebe a indicação da cirurgia e se estende até sua entrada no centro cirúrgico; durante (intra-operatório), em que o paciente submete-se à operação propriamente dita; e depois da cirurgia (pós-operatório), que tem início logo após o procedimento, até a recuperação do paciente (NETTINA, 2003). Constatou-se que o paciente sente a colostomia como mais uma doença, relatando não querer conviver

com um estoma. Não havendo a parceria dos profissionais da saúde com o paciente nesse momento, o futuro pode trazer várias decepções e desarmonia.

Para Hogan (1991), a qualidade do relacionamento entre os parceiros antes da cirurgia determina o ajuste pós-operatório. Durante essa fase, o paciente ainda tem dificuldade para entender o que é vivenciar tal momento, e relata sentimentos negativos, relacionados com a sua imagem corporal. Munjack e Oziel (1984) e Lopes (1993) entendem que o relacionamento positivo no pré-operatório “é o alicerce da casa”, pois, se há existência de conflito, após a cirurgia ele tende a aumentar, gerando angústia e insegurança no pós-operatório.

A comparação entre 17 estudos com pacientes com câncer colorretal, com e sem estoma, indicou que tanto o grupo de pacientes com estoma quanto o grupo de pacientes submetidos a cirurgias preservadoras de esfíncter relataram limitações físicas, psicológicas e sociais. A função física foi afetada por movimentos intestinais irregulares, diarreia, flatulência, problemas urinários e constipação. Psicologicamente, os pacientes apresentaram imagem corporal negativa. A vida social foi afetada – especialmente no que se refere ao trabalho, produtividade, relacionamento interpessoal, atividades de lazer – e houve influência sobre a sexualidade (SPRANGERS *et al.*, 2000).

Pacientes colostomizados, em período pós-operatório, afirmam que se sentem estigmatizados com o estoma, que não têm o seu convívio social diário normal com as pessoas, preferindo o isolamento, e, em decorrência de tal processo, sentem ansiedade e vivenciam períodos de confusão (PETUCO, 1998). Porém, esforçam-se para manter as relações mais próximas, empenhando-se em mostrar-se como alguém comum. Desse modo, conseguem viver, apesar das dificuldades (GOFFMAN, 1982; KELLY, 1992).

Assim, a presença de um estoma pode resultar em uma morbidade psicológica, contribuindo para diminuição/deterioração da qualidade de vida, pois o colostomizado tende a sentir-se estigmatizado, por julgar-se diferente, ou seja, por não apresentar as características e os atributos considerados normais pela sociedade (SILVA; SHIMIZU, 2007).

Em estudo realizado por Sonobe, Barichello e Zago (2002), observou-se, também, que a presença da colostomia faz com que o paciente tenha que se deparar com a sua nova condição. Modificações fisiológicas gastrointestinais, cuidados com a bolsa de colostomia, surgimento de sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldades para lidar com essa nova situação levam os ostomizados a visualizar as suas limitações e enfrentar as mudanças ocorridas no seu cotidiano.

A perda do controle da eliminação de fezes e gases pode acarretar o isolamento psicológico e social, baseado em sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais (MICHELONE *et al*, 2004).

A criação de um ânus artificial e incontinente na parede abdominal leva o ostomizado a vivenciar uma alteração da imagem corporal, da autoimagem e da identidade ligada à lesão do próprio corpo, assim como a perda da habilidade de controlar a eliminação das fezes, além dos conflitos pela dissociação entre a imagem idealizada e a real. Todos esses sentimentos sofrem influências e também passam a influir na personalidade do indivíduo (TRENTINI; SILVA, 1992; SOUZA; SANTOS, 1996). Sentimentos de inferioridade, redução da autoestima, insegurança e crença da rejeição pelos outros indivíduos foram encontrados pelos indivíduos do estudo.

Com relação às transformações do corpo, as pessoas ostomizadas apresentam prejuízo na estética corporal e, conseqüentemente, na autoestima. Devido ao estoma e ao uso de bolsa coletora, elas têm a necessidade de modificar o modo de vestir, sobretudo usando roupas largas, que têm como propósito ocultar o dispositivo coletor (SILVA; SHIMIZU, 2006).

Os hábitos alimentares precisam ser modificados para evitar a flatulência excessiva e outras complicações, como a diarreia, sendo necessário ter controle alimentar rigoroso para evitar tais situações (SILVA; SHIMIZU, 2006).

As pessoas têm experiências particulares e únicas de sofrimento, e percebem mudanças quantitativas e qualitativas na medida em que a causa do sofrimento vai-se modificando com o tempo, não somente no âmbito orgânico, mas também em

outras dimensões de sua vida, tanto social quanto emocional (MERCADO-MARTÍNEZ *et al*, 1999).

A vivência de um câncer e de uma colostomia causa um impacto duplo na vida da pessoa. O primeiro é atribuído à incerteza da cura, à possibilidade da morte eminente; num segundo momento, o impacto provoca a deterioração da imagem, a vergonha e o medo da rejeição (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

A visão que o ostomizado tem sobre o uso da bolsa de colostomia constitui desafio para sua adaptação à nova condição. Ele necessita rever o seu momento de perdas para encontrar forças para aceitar e trabalhar novas perspectivas de vida (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

O impacto de uma colostomia na vida de qualquer pessoa traz conseqüências que se refletem em diferentes aspectos, entre eles, biológico, psicológico, social e espiritual, sendo a alteração da autoestima uma das mais importantes. Ressalta-se que as reações a respeito da colostomia são fundamentais na recuperação física do paciente, na sua autoestima, autoconfiança e no retorno às atividades sociais (COSTA; MARUYAMA, 2004).

A adaptação depende do apoio, do estímulo e da compreensão encontrados nas pessoas ou em profissionais de saúde que fazem parte do suporte social, e isso poderá determinar a visão sobre a sua condição de ostomizado, influenciando-o na retomada de sua vida (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

O apoio e o estímulo oferecidos pelas pessoas significativas podem ajudar o paciente a superar os sentimentos de perda, negação, revolta e falta de esperança. Eles se apegam a esse apoio, como se fosse um porto seguro para modificar e superar as suas limitações (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

É necessário o desenvolvimento do trabalho em equipe, pela complexidade do processo de reabilitação dessas pessoas, sendo fundamental a atuação multiprofissional de saúde, constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista, psicólogos, entre outros, a fim de construir um planejamento de assistência discutido e compartilhado por todos (SILVA; SHIMIZU, 2006).

A estomaterapia apresenta um significado que transcende o tradicional, trilhando um caminho objetivo e definido, a fim de produzir uma nova representação do ser enfermeiro na sociedade, contribuindo para o seu reconhecimento como um profissional singular e essencial na prática de saúde (PAULA; SANTOS, 2003).

Diante de tal trabalho – entrevistas com os pacientes – constatou-se a necessidade da interação entre estes e os profissionais da saúde, desde a descoberta da doença, no processo pós-operatório, durante sua interação e, até mesmo, após a alta hospitalar, permitindo, também, verificar a necessidade da ajuda por parte dos familiares, amigos, da religião e da própria instituição.

Considerações Finais

Os achados deste estudo, mediante a pesquisa qualitativa, possibilitaram a compreensão de como é a experiência de conviver com a colostomia, sob a percepção de indivíduos que foram submetidos a tal procedimento.

A análise dos relatos revelou a surpresa ao se depararem com a colostomia no pós-operatório, até a fase da conformidade, e a necessidade de enfrentamento na convivência social. Constatou-se que esse processo

é permeado pela tristeza, por prejuízos à autoimagem, depressão, ansiedade, inquietação, dor, nojo, recusa da família, abdicação dos hobbies, afastamento da vida profissional, apego à religião e aos amigos, vergonha, medo de sair à rua e de conviver socialmente.

Para tais pacientes, enfrentar a convivência com a colostomia revelou uma grande luta interna entre os aspectos físico, espiritual e emocional, e a expressão do desejo de cura.

É importante ressaltar a necessidade de humanização dos profissionais da área da saúde, permitindo diálogo claro e objetivo com os pacientes, não admitindo que os mesmos se surpreendam ao voltar do centro cirúrgico, mas, sim, que entendam o procedimento antes de realizá-lo.

A equipe de enfermagem necessita de capacitação e treinamento sobre a colostomia para orientar sobre os cuidados que o paciente deverá adotar, com humanização, permitindo que o mesmo esclareça suas dúvidas e expresse seus sentimentos.

A família e os amigos são essenciais na recuperação e na manutenção da vida dos pacientes com colostomia, sendo indispensável haver compreensão em seu dia a dia, para amenizar seu sofrimento e para que possam encontrar novos caminhos.

Referências

- ALVES, L.C.A. Correlação entre adaptação psicossocial à colostomia permanente e resposta psicológica ao câncer. *Psiquiatria na prática médica*, São Paulo, v. 33, n. 4, out/dez. 2000. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original4_01.htm>. Acesso em: 25 nov. 2006.
- BELATO, R. et al. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.2, p.334-342, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2008.
- CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto e Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v.16, n. 1, p.163-167, 2007.
- CHARON, J.M. *Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation*. 3 ed. New York: Prentice Hall, 1989.
- CHENITZ, W.C.; SWANSON, J.M. *From practice to grounded theory*. New York: Addison Wesley, 1986. 259 p.

- COSTA, I.G.; MARUYAMA, S.A.T. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p.557-563, 2004.
- GLASER, B.; STRAUSS, A. *The discovery of grounded theory*. New York: Aldene de Gruyter, 1967. 271p.
- GOFFMAN, E. *Estima: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- HOGAN, R. *Human sexuality: a nursing perspective*. 2. ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1991.
- KELLY, M.P. SELF, identity and radical sugery. *Sociology of Health Illness*, Hoboken, v. 14, n. 3, p. 309-320, 1992.
- LOPES, G.P. *Sexualidade Humana*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
- MARUYAMA, S.A.T.; ZAGO, M.M.F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 216-222, mar.-abr. 2005.
- MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. *et al.* La perspectiva de los sujetos enfermos: reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v.1, n.15, p 179-86, 1999.
- MICHELONE, A.P.C. *et al.* Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com sem ostomia. *Revista Latino-americano em Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 875-883, nov.-dez., 2004.
- MUNJACK, D.J.; OZIEL, L.J. *Sexologia, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Ateneu, 1984.
- NETTINA, S.M. *Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- PAULA, M.A.B; SANTOS, V.L.C.G. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Revista Latino-americano em Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p.474-482, 2003.
- PETUCO, V. M. *A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelo ostomizado de Passo Fundo/RS*. 220f. 1998. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- SANTOS, V.L.C.G. *A bolsa na mediação estar ostomizado-estar profissional: análise de uma estratégia pedagógica*. 174f. 1996. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- SILVA, A.L.S.; SHIMIZU, H.E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 483-549, 2006.
- SIMONETTI, A. *Manual de Psicologia Hospitalar: mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- SONOBE, H.M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M.M.F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, Rio de Janeiro, v. 48, n.3, p.341-348, 2002.
- SPRANGERS, M. A. G. *et al.* Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, Ottawa, v.53, p. 895-907, 2000.
- STRAUSS, A; CORBIN, J. *Basics of Qualitative Research*. Thousand Lage Daks: Lage publications, 1990. 267 p.
- TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V. Condições crônicas de saúde e o processo de ser saudável. *Texto e Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. I, n. 2, p. 76 – 88, 1992.

Recebido para publicação em Novembro/2011
 Versão final em Maio/2013
 Conflito de interesse: não houve
 Suporte financeiro: inexistente

O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer

Treatment by a public health care institution: from the perspective of the families of cancer patients

Juliana Stoppa Menezes Rodrigues¹, Ellen Cristine Ramdohr Sobrinho², Maria Luíza Vasco de Toledo³, Sonia Regina Zerbetto⁴, Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira⁵

¹ Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. julianasrodrigues@bol.com.br

² Mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. ellem_ramdohr@yahoo.com.br

³ Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – São José do Rio Preto (SP), Brasil. Enfermeira assistencial da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) – São Paulo (SP), Brasil. malutoledo@gmail.com

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. szerbetto@ufscar.br

⁵ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. noeli@ufscar.br

RESUMO Este estudo objetivou analisar como as famílias de pessoas com câncer perceberam o atendimento prestado pelos profissionais de um ambulatório público especializado, utilizando Análise Temática de Bardin. Foram entrevistadas 7 famílias, totalizando 14 membros familiares que, em seus discursos, enfatizaram a relação médico-paciente, avaliando-a como impessoal e superficial, gerando insegurança e descrença. A família procura participar, mas sente-se pouco valorada e excluída do cuidado. As informações necessárias e não recebidas são buscadas na mídia, e o conforto é alcançado na espiritualidade. A formação dos diversos profissionais da saúde precisa estimular o olhar para a família como unidade de cuidado, articulando formação e modos de cuidar em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Pessoal de saúde; neoplasias; família.

ABSTRACT *This study aimed to analyze how the families of cancer patients perceived the treatment provided at a specialist public outpatient clinic, using Bardin's method of Content Analysis. Seven families consisting of fourteen family members were interviewed. They underlined doctor-patient relationship, judging it to be impersonal and superficial, resulting in a lack of security and trust. Families try to to participate but feel undervalued and excluded from the care. Necessary information that they are not given is sought in the media, while comfort is achieved through religious or spiritual practices. Health care training must encourage professionals to view the family as a unit of care, aligning training to different modes of health care.*

KEYWORDS: Health Personnel; neoplasms; family.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge no Brasil em decorrência da luta pela democratização da saúde, a fim de aumentar a participação popular na gestão da saúde (LABRA, 2005). Sua regulamentação, por meio das Leis n. 8.080 e n. 8.142, busca consolidar os princípios de: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; integralidade, apreendida como ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade e igualdade, sem privilégios ou preconceitos (LINARD *et al*, 2011).

Um grande desafio do SUS tem sido a garantia de assegurar ao cidadão a atenção integral de promoção, prevenção e tratamento, e a qualidade do processo de trabalho firmado em seus princípios, que deve ser garantida em todos os níveis de assistência (OLIVEIRA *et al*, 2011).

Para assegurar a qualidade da assistência nos três níveis, é fundamental que as relações interpessoais (profissionais de saúde e famílias) priorizem o acolhimento como estratégia para apreender e atender às reais demandas dos usuários, buscando garantir a integralidade e a acessibilidade universal, além da reorganização do foco da assistência para uma equipe multiprofissional, ampliando a tradicional visão medicocentrista (TRINDADE *et al*, 2011).

Sabe-se que a família, hoje, precisa ser apreendida como uma unidade de cuidado a ser cuidada e que, no âmbito das doenças crônicas, como o câncer, por exemplo, o contexto familiar se torna um importante espaço de aporte à vida. Uma relação saudável entre os profissionais de saúde, usuários e famílias pode ser benéfica no enfrentamento da doença e de suas consequências, minimizando os anseios e medos que, inevitavelmente, permeiam esse contexto. Profissionais capacitados tornam-se aptos a identificar as reais necessidades dos usuários, entendendo o ambiente familiar como parte do cuidado (SIQUEIRA *et al*, 2006).

Críticas ao funcionamento do SUS (SIQUEIRA *et al*, 2006; TRINDADE *et al*, 2011) apontam que a qualidade dos cuidados de saúde (oferecidos no âmbito público) necessita ser fortalecida, e, sendo assim, conhecer o que a família pensa a respeito dos serviços é

uma ferramenta importante para gestores, profissionais, pesquisadores e usuários.

Frente a isso, este estudo objetivou: analisar como as famílias de pessoas com câncer perceberam o atendimento prestado pelos profissionais do Sistema Único de Saúde.

Metodologia

Este é um estudo exploratório-descritivo, de cunho qualitativo, desenvolvido a partir da reanálise de entrevistas realizadas com famílias de doentes com câncer, atendidos pelo SUS, armazenadas no banco de dados do Grupo de Pesquisa Saúde e Família, cadastrado no CNPq, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Processo nº 218/2010). O banco de dados constitui-se numa importante ferramenta para a pesquisa porque possibilita a otimização das informações, servindo de fonte para aprofundar e consolidar resultados.

Esse grupo, desde 2002, vem desenvolvendo pesquisas com famílias que possuem um membro familiar portador de doença crônica (idosos demenciados, transtornos mentais, câncer e situações crônicas da infância), utilizando diferentes abordagens metodológicas em cada projeto, dentro da linha de pesquisa: tecnologia do cuidado com famílias.

Para este trabalho, foram mantidos os mesmos critérios de inclusão originais, ou seja: entrevistas com famílias de doentes com câncer adultos, cadastrados em instituição pública de uma cidade do interior paulista, com diagnóstico confirmado por biópsia, em pleno tratamento da doença, em condições de realizar a entrevista no domicílio, autorização da família e garantia de, pelo menos, uma díade familiar no momento da entrevista. Como critério de exclusão, tivemos: câncer infantil ou em adolescentes; óbitos no período da coleta; diagnóstico de câncer de pele não melanoma; abandono do tratamento no período; não possuir comprovação por biópsia ou a constatação diagnóstica inferior a um ano, objetivando obter um mínimo de experiência na relação terapêutica com os serviços públicos.

As entrevistas estavam transcritas na íntegra, eram do tipo abertas ou livres, em resposta à questão

norteadora: 'Os profissionais de saúde têm oferecido informações sobre a doença, o tratamento, os cuidados, enfim, sobre tudo que a família precisa saber para prestar o cuidado?'. Percebeu-se que, a partir da questão norteadora, a temática sobre a qualidade do atendimento do SUS surgiu com muita relevância, suscitando a possibilidade de uma reanálise com esse enfoque. Todas foram relidas minuciosamente, com o propósito de destacar aquelas que traziam aspectos relacionais entre equipe e família, resultando em 7 entrevistas, perfazendo um total de 14 pessoas.

Optou-se pela Análise de Conteúdo Modalidade Temática proposta por Bardin (2009), definida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações, que permitem analisar os significados (análise temática) ou significantes (análise lexical).

A Análise de Conteúdo Modalidade Temática de Bardin possui como alvo a superação da incerteza, confirmando ou não o que se julga ver na mensagem. A leitura do material leva à validação e à generalização dos dados, enriquecendo a leitura pela descoberta de conteúdos e estruturas que confirmam ou negam o que se procura demonstrar, a propósito das mensagens/elementos de significação (BARDIN, 2009).

Essa modalidade (BARDIN, 2009) utiliza a Regra da Representatividade nas etapas pré-análise; exploração do material com tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na Pré-análise, a leitura é flutuante e possibilita a formulação de objetivos e hipóteses iniciais que norteiam a interpretação final. Na Exploração do material, são realizadas: transcrição das falas; destaque das frases e das orações significativas; agregação das frases em temas e geração das categorias. Finalizando a análise, é feita a interpretação do conteúdo. A partir de procedimentos exploratórios, é possível apreender a ligação existente entre as diferentes variáveis e elaborar novas hipóteses.

Resultados

Dos 14 membros familiares, quatro eram doentes, do gênero masculino, com diagnóstico de neoplasia de próstata; e três doentes eram do gênero feminino, com

neoplasia pulmonar, melanoma maligno e linfoma não Hodgkin. Os demais membros familiares entrevistados compreendiam cinco do gênero feminino (três esposas e duas filhas) e dois do gênero masculino (um esposo e um filho). A faixa etária dos participantes variou de 30 a 79 anos.

O trabalho de interpretação dos dados, segundo a metodologia proposta, permitiu elencar os temas representativos das falas que foram identificadas e nomeadas, formando as categorias de acordo com os seguintes significados apreendidos: 'Recebendo atendimento dos profissionais; Levando o familiar para ajudar a enfrentar o sistema; Percebendo a exclusão da família do cuidado; Desacreditando no sistema de saúde e nos profissionais; Suprindo as deficiências do sistema e buscando apoio para além do sistema'.

A seguir, serão apresentadas cada uma das categorias e as falas representativas que foram identificadas, com números arábicos representando a pertença familiar e o parentesco, a fim de respeitar o anonimato.

Recebendo atendimento dos profissionais

Uma das principais condições para que se instale um vínculo de confiança é a sensação de segurança na assistência recebida, geralmente atrelada à competência técnica e atitudinal do profissional, pois, pela forma como se dá o atendimento ao cliente, este pode avaliar o serviço e, conseqüentemente, exercer julgamento sobre a capacitação do profissional que o atende. Embora as famílias tenham sido atendidas por uma equipe multidisciplinar, as falas representativas dessa categoria giraram espontaneamente em torno da consulta médica, e demonstraram situações em que o usuário percebeu o descaso nesse atendimento.

Ah, eu chegava lá e ele [médico], num prazo de um minuto, já receitava o remédio. E foi assim. (...) (Doente – Família 1).

Eles [médicos] não têm paciência. Eles não consultam a gente, nem faz exame... dessa coisa, como é que chama? Pressão! Não faz nada, só olha e pronto. (Doente – Família 6).

As famílias verbalizaram suas impressões sobre a qualidade do atendimento recebido e, em algumas situações, consideraram-no impessoal, fato que as fez sentirem-se desrespeitadas em seus direitos, levando-as a tomar a decisão de procurar outro profissional.

Tem alguns [médicos] estúpidos, né? Pra lidar com a gente. Às vezes, eles não dão a explicação certa e aí a gente fica que nem bobo pra lá e pra cá. (Esposa – Família 1).

Complicou, e aí eu mudei até de médico. Nem examinava nada, não. Aí eu troquei de médico. (Doente – Família 4).

Os médicos, quando eles falam pra gente, a gente acredita no que ele tá falando, mas, ao mesmo tempo, fica em dúvida. Será que ele tá mentindo? (Doente – Família 5).

Todas essas percepções trouxeram sentimento de insegurança, sensação de estar perdido e o receio pela própria vida, que, quer queira ou não, está nas mãos daquele profissional.

Não pela hora... eu fiquei com medo, assim, porque, puxa vida, já me cortou e já vai cortar de novo. E depois, se mesmo assim ficar pior? (Doente – Família 5).

(...) até que eu achei que, com ele, se eu tivesse continuado, eu tinha morrido, né? (Doente – Família 1).

Do jeito que tá aqui, não tem condição. (...) Você vai. Chega lá no Pronto Atendimento, tem dois, três médicos e cinquenta pessoas. (...) vai demorar pelo menos uma hora aqui. O outro lá [médico] vem aqui e pula direto, e 'mata' você. (Doente – Família 2).

Outro aspecto destacado nas falas foi o modelo de referência e contrarreferência. As famílias ouvidas consideraram que esse modelo, adotado pelos serviços

utilizados, apresentou falhas, pois os clientes que necessitaram ser encaminhados de um serviço para outro tiveram que passar por diversos departamentos, tendo que aguardar longos períodos para conseguir uma consulta, fechar diagnóstico, para, só então, serem encaminhados para o início da resolução do seu problema de saúde.

Mas, depois, ele me encaminhou pra uma máfia pra fazer a biópsia, sabe? Aí, daqui [UBS], ele mandou pro E [hospital]. O E mandou pro Z ou V, não sei. E os vigaristas, pra falar a verdade, eles pediram diversas amostras da próstata, eles pediram lá 200 reais pra analisar cada parte. (Doente – Família 2).

Você chega a ir em três hospitais diferentes. Cada um deles vai agir de um modo, cada médico vai falar uma coisa. Então, a gente não tem um conhecimento pra discernir o que está certo, o que está errado. (Filha – Família 2).

Levando o familiar para ajudar a enfrentar o sistema

A família é muito importante na relação profissional-paciente, pois é com ela que o doente conta para enfrentar as demandas e consequências de seu próprio tratamento. Devido à complexidade das abordagens terapêuticas do câncer, na maioria das vezes, a família acompanha o doente nas consultas e nos procedimentos, a fim de ajudá-lo, sendo seu ponto de segurança, auxílio e alívio. Isso pode ser percebido através das seguintes falas:

Em todas as vezes que eu fui na operação, nos dias que fiquei lá, ela [esposa] ficou lá comigo... e, cada vez que vou, ela vai junto, nunca vou sozinho... Aí, ela ouvia tudo o que eu ouvia, porque ela entrava junto comigo... na operação, ela foi até na porta, quase entrou lá dentro. (Doente – Família 1).

Eu cheguei a ir no hospital algumas vezes. Eu ficava lá, no horário de visita, pra gente tranquilizar ele. (Filha – Família 2).

(...) naquele dia, chamaram ela, e falaram e tal, falaram assim na lata: “a senhora está com um tumor maligno”, e eu junto. (Esposo – Família 3).

Percebendo a exclusão da família do cuidado

A família se constitui por ser a principal instituição social na qual o indivíduo inicia e cria suas relações afetivas e interacionais, buscando estabelecer conexões e vínculos entre seus membros (ARAUJO; NASCIMENTO, 2004). Sendo assim, quando algum membro da família sofre de uma doença grave, logo, toda a sua estrutura familiar é afetada, sofrendo modificações e adaptações ao seu novo modo de vida.

Em uma situação de câncer dentro do seio familiar é praticamente inevitável o envolvimento familiar, já que essa é uma das principais fontes de apoio para o enfrentamento da doença e de suas consequências. Os profissionais de saúde precisam ser participantes desse processo, apropriando-se de recursos para promoção do cuidado da unidade familiar, de modo a facilitar o tratamento e contribuir para o fortalecimento da condição emocional do doente. No entanto, em suas falas, a família demonstra não encontrar nos profissionais de saúde essa compreensão.

Porque, como eles [os médicos] não conversam com a gente [família], quando a gente queria saber o que tinha acontecido com ele [doente], como é que tinha sido, é a visão dele, né?(...). Mas, assim... eu cheguei a ir no hospital algumas vezes, mas lá é muito movimento, é muita gente. Então, o contato principal com o médico ou quem precisava era diretamente com ele [doente]. (Filha – Família 2).

(...) ela [a filha] ia junto, ouvia também, mas nada de atenção, não (...). (Doente – Família 4).

A família sente que alguns profissionais ainda não a veem como colaboradora no tratamento, pois não passam as informações necessárias para que a

continuidade do cuidado no domicílio aconteça de forma adequada. Essa percepção pode ser comprovada através da fala, que reflete a vivência de um membro familiar:

O médico está mais voltado pro paciente do que com a própria família. E o paciente tem que ter os cuidados. Mas eu acho que a família também precisa muito de apoio. Porque depois, quando o paciente volta pra casa, é a gente que está junto com ele. Então, às vezes, se a gente tivesse noção de algumas coisas, quando ele está aqui e acontece alguma coisa, a gente sabe um pouco mais como agir, né? Então, talvez, se a gente tivesse tido um diálogo com essas pessoas [profissionais], a gente podia ver algumas coisas e entender um pouco mais, né? (Filha – Família 2).

Os entrevistados consideram ser importante que a família também possa obter maiores informações e explicações dos profissionais para poder lidar com os seus entes doentes no domicílio e durante as situações vividas com a doença.

Mas, ah, é aquela explicação normal, como acompanhante: “tem que fazer isso, tem que fazer aquilo.” (...) mas nada de atenção, não. Chamar ela [filha] pra conversar, não! (Doente – Família 4).

(...) acho que ele [médico] tinha que falar mais com a minha esposa [referindo-se às tentativas da esposa de acompanhá-lo], mas ela não foi lá porque, cada vez que eu ia, eu [só podia] ir sozinho. (...) Eu acho que, pra mim, ele falou certo. Agora, acho que tinha que falar mais pra minha esposa. (Doente – Família 5).

Não que a gente possa socorrer, mas você pode se sentir mais seguro ou entender o que está acontecendo. (Filha – Família 2).

Desacreditando no Sistema de Saúde e nos Profissionais

A confiança naquele que vai prestar o cuidado é um fator importante quando se pensa em qualidade de assistência. Espera-se que o sistema de saúde seja capaz de suprir as demandas do cliente, que tem como expectativa um atendimento humanizado e resolutivo. Porém, nem sempre a família encontra o apoio ou o suporte que espera dos serviços e dos profissionais que atuam na área, como exemplificam as falas:

Então, a gente nunca sabe, de verdade, o que o médico tem a dizer (...) a família fica muito de mãos atadas (...). E, pra a gente, isso é desesperador, porque a família sofre tanto quanto o paciente. Não tem a dor e tudo, mas sofre tanto quanto. (Filha – Família 2).

Pra mim, eu não tive explicação, tanto pelo médico quanto pela enfermeira. Não tive nada, não. Não tive explicação nenhuma. (Doente – Família 4).

Quando eu fui prestar atenção naqueles prospectos que eu assinei, eu não fui ler aquilo. Eles [os médicos] explicam, mas não que você está correndo risco. (Doente – Família 2).

Nem perguntava por que eu falava assim. Você sabe como é médico do SUS, né? A gente chegava lá, ele só olhava e já mandava embora. Não falava nada. (Doente – Família 6).

A gente fica sem saber as limitações. Às vezes, ele falava que ia fazer alguma coisa e a gente não tem noção se a gente devia falar 'não, não faça' ou se 'pode ir que não vai ter problema'. A gente fica sem saber, e a gente fica bem de mãos atadas mesmo. Acho que é essa a sensação que dá, assim, de impotência. (Filha – Família 2).

Suprindo as deficiências do Sistema

Frente à necessidade de saber mais sobre a situação de saúde, sobre a doença e as possibilidades de tratamento,

a família fica atenta a toda possibilidade de obter a informação almejada em todos os ambientes de saúde frequentados.

Fui na sala tomar quimioterapia... e as enfermeiras, toda vez que eu ia tomar, a gente tem até um livrinho, pra entender tudo o que eu devia fazer e o que eu não devia. (Doente – Família 6).

No primeiro dia da quimioterapia, a nutricionista conversou bastante com a gente. Comigo, até deu um livrinho, que eu dei pra uma pessoa ler e até hoje não me devolveu. (Doente – Família 7).

Quando não ocorre o esclarecimento desejado, nos contatos com os ambientes de tratamento, a família busca alternativas para suprir a lacuna que foi deixada pelos profissionais de saúde.

Uma coisa que eu acho que hoje ajuda, apesar de não ser a fonte mais confiável do mundo, é a internet, né? Ela é bem explicativa, você encontra opiniões de várias pessoas. A gente tem essa facilidade de poder acessar. (Filha – Família 2).

Eu tenho que ir lá na rede do câncer, ainda, e eles, de vez em quando, dão uma passada aqui pra ver. Eu acompanho muito a televisão. Quando o médico fala, eu já sei. Eu vejo passar na televisão e já falo pros médicos que tudo isso aí eu já sei como é que é. (Doente – Família 3).

Teve aquele mutirão. Só homem que foi fazer exame, de próstata (...) Eu fui também lá no posto, entrei junto também. O homem [médico] estava fazendo. Eu falei: "Vou fazer também". (Doente – Família 5).

A gente sempre pegava um panfleto da doença pra tentar saber de alguma coisa mais, quando você vai nos consultórios médicos que tem

aqueles panfletos. Agora, contato com os profissionais mesmo, é muito complicado. (Filha – Família 2).

Buscando apoio para além do sistema

Ao enfrentar uma situação de câncer, o principal objetivo da pessoa é encontrar a cura para a doença. A busca da cura pode acontecer por diversos caminhos. Quando a cura deixa de ser centrada apenas na medicina e em suas técnicas, há uma busca de outros recursos que supram essa necessidade. Para alguns dos entrevistados, a solução está associada à religiosidade/espiritualidade, na qual a fé conduz a creditar todo o sucesso do tratamento a um Ser Superior (Deus), independente do tipo de tratamento ou dos profissionais envolvidos nesse sucesso terapêutico.

É por Deus! (...) A gente deu graças a Deus que ele ficou bom, né? (...) Tem coisa que a gente, sei lá, vê Deus. Só dele tá vivo, é ... Porque como ele estava... (Esposa – Família 1).

Eu sei que o tratamento foi bom e, graças a Deus, eu creio que eu sarei. (Doente – Família 7).

Eu disse: “Não é sorte Dra, é Deus!” [referindo-se ao fato de ter um câncer de pulmão severo há cinco anos e ainda estar viva] (Doente – Família 6).

O médico disse: “O senhor não tem mais nada!”. Da até um alívio, graças a Deus. Nossa! E Deus foi tão bondoso que não esparramou pra lugar nenhum. Quer dizer, tirou inteiro. (Doente – Família 3).

Discussão

Foram analisadas sete entrevistas realizadas com famílias de pessoas com diagnóstico de câncer. A Análise de Discurso Modalidade Temática de Bardin permitiu identificar os significados atribuídos à experiência da família, vivenciada durante o atendimento de seu familiar

pelo SUS, e que foi concretizada em cinco categorias temáticas.

Em ‘Recebendo atendimento dos Profissionais’, as famílias trouxeram sua percepção frente à assistência e à atenção que receberam dos serviços, e, voluntariamente, destacaram, em suas falas, a relação médico-paciente. A confiança e a segurança no atendimento recebido se atrelam à competência e à resolutividade. Nesse caso, as famílias verbalizam sua impressão de desumanização e de desrespeito durante a assistência, o que traz um sentimento de insegurança e receio pela própria vida, já que sabe que aquele profissional está tomando decisões que irão definir seu destino.

Sabe-se que a resolutividade na atenção à saúde está associada ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, bem como à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá à relação profissional-usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde e proporcionar satisfação ao usuário, que, por sua vez, percebe sua necessidade atendida (FRANCO; MAGALHÃES, 2007).

Estudo desenvolvido para analisar a resolutividade do Sistema de Saúde mostra que esse tipo de avaliação depende de vários aspectos e, também, do olhar de quem está sendo pesquisado. Na visão dos usuários, por exemplo, um sistema eficiente é aquele que atende à demanda da população e que possui um modelo de referência e contrarreferência articulado de forma a encaminhá-los de maneira rápida para a solução do seu problema (TURRINI; LEBRÃO; CÉSAR, 2008). Contudo, outro estudo aponta que isso nem sempre acontece no dia a dia do serviço público. Obstáculos, como a demora em conseguir encaminhamento especializado, lentidão no fechamento correto do diagnóstico e demora para o início do tratamento, são situações comumente vividas quando o sistema é procurado (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Os usuários destacaram, também, em um estudo avaliativo sobre acesso e acolhimento realizado em três capitais brasileiras, que em Unidades de Saúde da Família há dificuldades de acesso a exames, demora por atendimento na unidade e na consulta com especialistas, falta de medicamentos na farmácia, descontentamento

com a forma de agendamento e insatisfação com o acolhimento na recepção (SOUZA *et al*, 2008).

Todo esse processo é, ainda, acompanhado pela falta de informação com relação à própria doença e ao tratamento. Os profissionais de saúde preocupam-se com o atendimento imediato do paciente, pouco valorizando as orientações que devem ser dadas para que o tratamento tenha continuidade e a família tenha segurança em prestar os cuidados necessários no domicílio (RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

As famílias ouvidas por nós enfatizaram suas críticas em torno da relação médico-paciente, e, mesmo percebendo que, às vezes, a falha vem do sistema, sobrecarregando os profissionais, acabam sentindo insegurança e medo. Como forma de fortalecimento, as falas representativas de 'Levando o familiar para ajudar a enfrentar o sistema' mostram a necessidade dos doentes de ter o acompanhamento do seu familiar para garantir, talvez, uma melhor compreensão do processo terapêutico ou para receber orientações sobre o cuidado que deverá manter no domicílio. Um trabalho realizado na radioterapia enfatiza que a presença da família é imprescindível, pois mostra ao doente que ele não está sozinho nessa jornada, já que os membros familiares estarão sempre com ele, interagindo e encorajando-o (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Mesmo sendo a família referenciada como principal instituição social, cuja estrutura pode promover apoio nas situações de agravos, como o câncer, foi possível identificar que, na temática 'Percebendo a exclusão da família do cuidado', muitas famílias não se sentem acolhidas e valorizadas pelos profissionais de saúde para participar ativamente do cuidado. Em contrapartida, um estudo realizado com o objetivo de analisar as percepções e dificuldades enfrentadas pelos médicos de um serviço público, no convívio com pacientes oncológicos, mostrou que a maioria deles percebe a família como uma forte ferramenta na relação com o paciente, minimizando as dificuldades e ajudando a estabelecer uma melhor relação de confiança entre médico e paciente (SILVA *et al*, 2011).

Outro estudo (BARROS; LOPES, 2007) reafirma a importância dada à informação adequada e de qualidade oferecida, principalmente, pelo profissional

médico, tanto ao doente com câncer quanto aos seus familiares. Essas informações foram consideradas úteis tanto para a manutenção do tratamento como para a continuidade do apoio familiar, sendo, particularmente, importante durante a revelação do diagnóstico de câncer.

A expectativa da família envolve receber dos profissionais de saúde cuidado humanizado, associado ao desempenho técnico de qualidade, de forma a suprir as demandas do seu membro familiar doente. Contudo, as falas apontam que a família percebe-se 'Desacreditando no Sistema de Saúde e nos Profissionais', pois não obtêm as respostas às suas dúvidas ou resolução para seus problemas.

De acordo com Pasche (2010), a questão da humanização da saúde tem se expressado de maneiras diversas, e se concretiza, principalmente, pela pouca responsabilização e pela descontinuidade do cuidado e dos tratamentos, levando os usuários do SUS a perguntar: quem cuida de quem? Quem me cuida? Com quem eu conto?

Como forma de suprir essa necessidade, a família recorre a outros meios de enfrentamento, com ações que seguem 'Suprindo as deficiências do Sistema'. A internet tem sido, atualmente, o meio de comunicação mais procurado para suprir as dúvidas. Entretanto, como se sabe, esse meio nem sempre está disponível para todos e, quando não utilizado com cautela, pode também causar maior preocupação, confundindo as informações recebidas do profissional e aquelas encontradas na mídia.

Da mesma forma, a religião e a crença em Deus foi apontada pelos entrevistados como uma estratégia recorrente para enfrentar a situação de insegurança vivida durante o tratamento do câncer, trazendo significados de vida tanto para o doente quanto para seus familiares, sendo uma importante fonte de apoio, confirmada pelas falas representativas em 'Buscando apoio para além do sistema'.

Pesquisas apontam que os doentes de câncer buscam acreditar em algo ou alguém, a fim de superar os enormes desafios advindos do tratamento, enfrentando dificuldades por meio da fé e se apegando à religiosidade para encarar as adversidades

(LEWIS *et al*, 2005; LEWIS; COOPER; GUNAWARDENA, 2006). Isso pode ser demonstrado, também, pelo estudo de Almeida, Pereira e Oliveira, que comprova a forte influência da religiosidade em todas as fases do tratamento do câncer cérvico-uterino.

A crença em Deus como estratégia de enfrentamento da doença, muitas vezes, acaba influenciando pessoas da família a buscar a religiosidade, tornando-as mais reflexivas. Suas crenças religiosas (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005) passam a representar um dos principais suportes e apoios no enfrentamento da doença e de suas complicações, proporcionando conforto e trazendo segurança para o doente e seus familiares, diante das incertezas do tratamento.

Apesar dos familiares apontarem necessidade de investimento e mudanças no âmbito microsocial, ou seja, nas interações sociais entre os trabalhadores de saúde, usuários e seus familiares, no cotidiano do trabalho, outros fatores de maior complexidade e amplitude podem permear esse espaço. Percebe-se que conflitos ideológicos, interesses políticos, políticas de saúde e trabalhistas, condições objetivas e subjetivas de trabalho, bem como a organização do sistema de saúde podem influenciar o modelo de atenção e gestão do SUS.

Dessa maneira, para superar tais obstáculos, necessita-se que tanto os usuários e seus familiares quanto trabalhadores de saúde e gestores assumam papéis de protagonistas nessa transformação, com posturas de autonomia e corresponsabilidade entre eles, possibilitando estabelecer vínculos e uma participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004). Para obter tais conquistas, algumas estratégias podem ser traçadas no âmbito da gestão municipal, como, por exemplo, implementação de plano de educação permanente para os trabalhadores de saúde, que aborde temas de humanização (capacitando-os para uma escuta qualificada), e treino na apreensão das necessidades de saúde das pessoas que buscam ajuda nos serviços públicos, instrumentalizando-as durante o desenvolvimento de práticas resolutivas de saúde para a população.

Considerações Finais

A preocupação constante de assegurar qualidade na assistência a famílias de doentes com câncer levou-nos a investigar a percepção dessas famílias sobre o atendimento oferecido pelos profissionais do Sistema Único de Saúde.

Apesar de as famílias estarem sendo atendidas por uma equipe multidisciplinar, os resultados apontam predomínio do modelo biomédico, uma vez que os entrevistados deram ênfase à consulta médica. Esse fato nos leva a questionar a real participação da equipe multidisciplinar no cuidado com a família. Consideramos que ou o cuidado dos demais profissionais não está sendo percebido pela família ou esse cuidado não está sendo valorizado por ela.

Como forma de reforço para o que considera insatisfatório, a pessoa com câncer busca levar seu familiar como uma oportunidade de dispor de mais um recurso para se orientar no cuidado e suprir as carências de informações. Porém, também a família não se sente acolhida como gostaria, julgando-se excluída do cuidado. As informações necessárias e não recebidas durante o atendimento são buscadas na mídia, com todos os riscos que isso pode acarretar, enquanto o conforto é alcançado através da religiosidade/espiritualidade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem buscado melhorar a qualidade da assistência às famílias, deslocando o cuidado para uma equipe multiprofissional e para o lócus familiar. A criação de vínculos entre famílias e profissionais, estabelecidos por meio da visita domiciliar, permite conhecer o contexto onde a família está inserida, bem como trabalhar as reais necessidades e potencialidades das mesmas. Ademais, tais vínculos permitem que os problemas elencados pelas famílias como proeminentes sejam atendidos, sem que necessitem buscar, aleatoriamente e incessantemente, ajuda.

O Ministério da Saúde (MS) tem se empenhado nesse âmbito, propondo, por meio do programa HumanizaSUS, a humanização como norteadora da atenção e gestão nas instâncias do SUS, colocando em prática o conceito de humanizar, articulando tecnologia

e acolhimento. Os profissionais de saúde inseridos nos serviços são importantes viabilizadores do encontro das famílias com as redes sociais, interligando pessoas com vínculos sociais comuns e permitindo que os recursos de apoio sejam otimizados. O câncer é uma doença associada a desequilíbrios na unidade familiar, e o suporte mútuo é essencial para que os recursos físicos e emocionais sejam complementados.

As constatações nos sugerem que ainda há uma grande distância para que o atendimento às reais demandas dos usuários seja garantido, visando à integralidade e à acessibilidade universal. Acredita-se que, para apreender e atender a esses princípios, seja necessário olhar para a interface formação profissional e modos de cuidar e gerir no SUS, com um maior investimento

na formação dos profissionais da saúde, levando-os a adotar postura aberta e acolhedora como estratégia para apreender e se aproximar da família, considerando-a como unidade de cuidado e facilitando, assim, o atendimento de suas reais necessidades, ao mesmo tempo em que possibilita uma abertura para o diálogo e para intervenções profissionais efetivas com as famílias.

O fato das entrevistas terem sido realizadas com famílias restritas a apenas um município, embora tenha sua validade, pode trazer limites ao estudo. A experiência de famílias em outras situações e contextos pode contribuir para explorações acerca das interações entre famílias e profissionais, que levem a um maior conhecimento e compreensão, permitindo intervenções de acordo com as demandas de cada família, em particular.

Referências

- ALMEIDA, L.H.B.; PEREIRA, Y.B.A.S.; OLIVEIRA, T.A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.61, n.4, p.482-487, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.
- BARROS, D.O.; LOPES, R.L.M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.3, p.295-298, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al (orgs). *Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- LABRA, M.E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; ELDER, F.C. *Saúde e democracia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- LEWIS, D.; COOPER, J.; GUNAWARDENA, S. Caring Connection: Internet resources for family caregivers of children with cancer. In: *ANNUAL Symposium Proceedings*. Washington: American Medical Informatics Association, 2006. p. 1007.
- LEWIS, D. et al. Caring Connection: developing an Internet resource for family caregivers of children with cancer. In: *ANNUAL Symposium Proceedings*. Washington: American Medical Informatics Association, 2005. p.1026
- LINARD, A.G. et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.32, n.1, p.114-120, 2011.
- OLIVEIRA, M.M. et al. Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade. *Revista de Enfermagem e Saúde*, Pelotas, v.1, n.1, p. 14-23, 2011.
- OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.18, n.2, p.150-155, 2005.
- PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 63-72. v.1.
- ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-351, 2011.
- SILVA, C.M.G.H.C. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, p.1457-1465, 2011.

SIQUEIRA, A.B. *et al.* Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arquivos Médicos do ABC*, Santo André, v.31, n.2, p.73-77, 2006.

SOUZA, E.C.F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v.24, p. S100-110, 2008.

TRINDADE, L.L. *et al.* Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.16, n.1, p.162-166, 2011.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v.24, n.3, p.663-674, 2008.

Recebido para publicação em Abril/2012

Versão final em Maio/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social*

Vulnerability, recognition and health in old age: intersubjective autonomy and social justice

Aluisio Almeida Schumacher¹, Rodolfo Franco Puttini², Toshio Nojimoto³

¹ Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor Adjunto da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – São Paulo (SP), Brasil. aluisioschumacher@yahoo.com.br

² Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor Assistente da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil. puttini@fmb.unesp.br

³ Doutor em Economia pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor Titular da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil. toshio@fca.unesp.br

RESUMO Os idosos são objeto de políticas públicas de proteção contra riscos e doenças. Pelo pressuposto liberal, a questão é tornar o indivíduo independente, o que contribui para isolar e fragilizar o idoso. Propomos o paradigma do reconhecimento e os vínculos sociais, apoiando a vida de sujeitos que reconhecem e são reconhecidos. A autonomia intersubjetiva é garantida por relações de afeto/amizade, estima social, reconhecimento de direitos e responsabilidades, e ameaçada pela desvalorização, por desrespeito e violências. Isso contribui trazendo a compreensão de fenômenos de desrespeito, difamação e traumas, e apoiando a instituição de cuidados com vistas à integridade e à justiça social.

PALAVRAS CHAVE: Reconhecimento social; autonomia intersubjetiva; vulnerabilidade em saúde; saúde do idoso; justiça social.

ABSTRACT *The elderly are the object of policies of protection against risks and diseases. According to the liberal premise, the idea is ensure the individual's independence, which actually serves to isolating and weakening the elderly. We propose the paradigm of recognition and social bonds that support the life of individuals who exercise recognition and are recognized. Intersubjective autonomy is guaranteed through relations of affection/friendship, social esteem, recognition of rights and responsibilities and threatened by de-valuing attitudes, disrespect and violence. This contributes to the health of the elderly, by understanding exclusion, slander and trauma and supporting the care institution with a view to integrity and social justice.*

KEYWORDS: *Social recognition; Intersubjective autonomy; Vulnerability in health; Health in old age; Social justice.*

* As primeiras seções deste artigo retomam, com modificações, partes do trabalho apresentado no V International Congress of Qualitative Inquiry, em Urbana, Illinois (EUA), em 2009 (SCHUMACHER *et al.*, 2009). Os autores agradecem o apoio da FAPESP.

Introdução

Somente por volta dos anos 1950, a visão redutora, que toma as características físicas, mentais e sociais do envelhecimento como exclusivamente naturais e, em larga medida, inevitáveis, começa a ser revista. Desde então, predomina, pelo lado do envolvimento com as instituições sociais e da perspectiva da construção do conhecimento sobre a condição da pessoa idosa, nítida tendência a pressupor, nas explicações e propostas de políticas públicas, que se está lidando com indivíduos isolados.

É claro, a própria estruturação da sociedade induz a isso (TOWNSEND, 1980): há a imposição (e aceitação) de aposentadorias precoces, a legitimação de baixas rendas, a negação do direito à autodeterminação em instituições, assim como a construção de serviços de apoio e cuidado supondo idosos (as) completamente passivos (as). Todos esses fatores contribuem para negar às pessoas idosas possibilidades de desenvolverem interações sociais em condições de autonomia e igualdade, diminuindo suas possibilidades de desenvolverem uma vida social dinâmica, afetando, assim, sua saúde.

Pelo lado das Ciências Sociais, as explicações sobre o envelhecimento do indivíduo na sociedade se inspiram, em geral, em enfoques neoclássicos em economia e em tradições funcionalistas em sociologia (TIBBITTS, 1960; ATCHLEY; SELTZER, 1976; STEARNS, 1977; CLARK; SPENGLER, 1980), orientando políticas públicas de cunho liberal. Essas abordagens não se preocupam em compreender os elementos que restringem as oportunidades de vida para idosos. Em vez disso, dirigem sua atenção, principalmente, à questão de como adaptá-los à estrutura social, o que, em última instância, contribui para legitimar o estado de coisas existente.

Pelo lado da medicina, o discurso médico e paramédico, que orienta os cuidados gerontológicos e geriátricos aos idosos, mantém a dominância de uma linguagem técnica e especializada que nem sempre oferece a possibilidade de apreensão crítica do contexto social (WAITZKIN, 1989; EAKIN *et al*, 1996). O modelo

que emerge do discurso médico se caracteriza pela ênfase no (a) cuidador (a), o (a) verdadeiro (a) conhecedor (a) do problema em face de um (a) paciente que ignoraria os cuidados e procedimentos mais elementares. Não é difícil depreender, daí, uma tendência à medicalização dos problemas das pessoas idosas, em detrimento de aspectos vinculados às vidas social e mental (TESSER, 2006).

Considerado um grupo social em situação de vulnerabilidade¹, a população idosa é objeto de políticas públicas que visam a protegê-la dos riscos inerentes ao envelhecimento, garantindo sua autonomia. Tal autonomia é concebida de modo individualista, como se a questão fosse tornar a pessoa idosa o mais independente possível de seu entorno social. Ora, combinada ao modo de estruturação da sociedade, ao envolvimento com as instituições sociais e ao tipo de explicação dos profissionais de saúde para a condição da pessoa idosa, essa ênfase individualista nas políticas públicas acaba contribuindo para isolar e excluir mais ainda esse grupo social.

Propomos uma maneira diferente de compreender e agir com relação ao problema da pessoa idosa na sociedade. Pretendemos fazê-lo recorrendo ao paradigma do reconhecimento, que orienta conhecimento e ação de modo distinto do enfoque individualista ou liberal. No modelo proposto, a forma de autonomia é intersubjetiva, ou seja, é assegurada por relações sociais de reconhecimento em que sujeitos reconhecem e são reconhecidos. No contexto dessa concepção de autonomia, nossa atenção se dirige às relações sociais que suportam a autonomia do indivíduo na sociedade e aos fatores que podem restringi-la. A autonomia intersubjetiva é garantida por uma rede de relações sociais de afeto/amizade, estima social, reconhecimento de direitos e responsabilidades. E ameaçada ou rompida por atitudes de desvalorização (difamação ou humilhação); desrespeito (subordinação, marginalização e exclusão); e por violências (traumas). Entendemos, assim, que o paradigma do reconhecimento contribui para uma melhor compreensão das condições sociais de integração

¹ Podemos entender por vulnerabilidade o grau em que a situação social de uma pessoa a deixa susceptível ao desrespeito, difamação ou violência, relacionados à vida moral ou à própria saúde, conforme explicitamos no final do artigo.

da pessoa idosa na sociedade, fundamentais para a manutenção da saúde e para evitar fenômenos de desorientação na vida social cotidiana.

O argumento está organizado em quatro seções. Inicialmente, apresentamos um breve esboço da teoria do reconhecimento social, de Axel Honneth (2003), o fundamento teórico-normativo da abordagem proposta. Na segunda seção, confrontamos a concepção liberal e dominante de autonomia com a autonomia intersubjetiva, precisando, assim, nosso enfoque. Na terceira, explicamos como as três formas de reconhecimento social asseguram a autonomia intersubjetiva (apoiada em sentimentos de autoconfiança, autorrespeito e autoestima) e os fatores que a rompem, em cada uma das três dimensões. Na última seção, procuramos mostrar afinidades entre reconhecimento social, autonomia intersubjetiva e uma visão integrada sobre vida, saúde e doença, e suas relações com o meio, inspirada em Canguilhem (1979). Consideramos que tal orientação reúne elementos que permitem compreender melhor a vulnerabilidade social da pessoa idosa e os cuidados que tal condição demanda em nossas sociedades.

Aspectos centrais da teoria do reconhecimento social

Em sua teoria do reconhecimento social, Axel Honneth (2003) – pensador social vinculado à teoria crítica da sociedade, na tradição de Horkheimer (1975) e Habermas (1988)² – trata de explicar a interconexão entre: (a) três estágios de desenvolvimento da ‘formação da identidade’ individual (aspecto normativo); (b) três ‘formas de reconhecimento’³ intersubjetivo requeridas

para cada estágio (aspecto prático); e (c) as ‘formas de organização social’, entendidas como pré-condições para a autorrealização saudável e não distorcida da vida dos membros da sociedade.

Em contraposição com essas pré-condições para a autorrealização saudável, Honneth (2003) concebe ‘formas de desrespeito’ ou rupturas (aspecto explicativo) que violam as três formas de reconhecimento. A interconexão proposta lança as bases para explicar processos de mudança social a partir de impulsos para expansão do reconhecimento e de suas respectivas pretensões normativas, levantadas pelos agentes nas lutas sociais por reconhecimento individual e de grupo.

Com base no trabalho do jovem Hegel (período de Jena) e na psicologia social de George Herbert Mead (1950), Honneth (2003, p. 29-117) explica a ‘formação da identidade’ como um processo intersubjetivo e constante de luta por reconhecimento mútuo entre parceiros de interação. Por meio desse processo, os indivíduos desenvolvem três formas de relação consigo mesmo, através de três tipos diferentes de interação social: a ‘autoconfiança’ é adquirida em relações afetivas, o ‘autorrespeito’ em relações jurídicas de direitos e a ‘autoestima’ em comunidades locais definidas por orientações de valor compartilhadas. Esses processos intersubjetivos de aprendizagem – de ver-se a si mesmo da perspectiva normativa dos parceiros de interação – constituem as mediações por meio das quais os indivíduos se tornam o que são. É também no interior desses processos intersubjetivos que formas sociais de vida são, continuamente, sustentadas e reproduzidas.

Quanto às ‘formas de reconhecimento’, Honneth (2003, p.117-213) esclarece que a primeira e mais básica é a que se realiza nas relações íntimas de amor

² Costuma-se dizer que uma teoria social é crítica quando procura promover a emancipação humana, ou seja, tem o interesse implícito de libertar os agentes sociais das circunstâncias que os dominam e escravizam. Tendo em vista esse objetivo, teorias críticas procuram reunir bases descritivas e normativas em pesquisa social, dirigidas de modo a combater a dominação e incrementar a liberdade em todas as suas formas. O termo é empregado articuladamente pela primeira vez por Horkheimer (1975), em 1937, ao examinar as raízes da moderna concepção de ciência, com o objetivo de reunir elementos para fundamentar a teoria crítica enquanto expressão da autoconsciência dos processos de emancipação social e política, no contexto prático então visível. Jürgen Habermas (1987) foi assistente de Adorno, talvez o principal expoente da primeira geração da teoria crítica, e é o principal representante da segunda geração. Após compartilhar das análises da geração anterior até o final dos anos sessenta, passou a olhar com desconfiança para seus fundamentos normativos, formulando uma teoria da ação comunicativa e deslocando a ênfase do paradigma da consciência para o da comunicação (intersubjetiva). Axel Honneth foi assistente de Habermas e é o principal nome da terceira geração da teoria crítica. Através da categoria do reconhecimento, reintroduziu na tradição crítica a dimensão do conflito e sua importância na ordem social.

³ Mesmo sendo tão antigo quanto a reflexão filosófica, o uso atual do conceito de reconhecimento aparece nos últimos vinte anos, a partir dos debates políticos e da luta dos movimentos sociais por consideração. O debate em torno do multiculturalismo e a autocompreensão teórica, desenvolvida pelo movimento feminista, colocaram em evidência uma ideia normativa comum: de que os indivíduos e grupos sociais necessitam de reconhecimento ou respeito em sua diferença (TAYLOR, 1992). Desenvolveu-se, então, a convicção de que a qualidade moral das relações sociais não se esgota na justa distribuição de bens materiais. Na verdade, a ultrapassa, na medida em que nossa noção de justiça compreende, também, a maneira como os sujeitos sociais se reconhecem reciprocamente..

e amizade. Por meio dessas relações, os indivíduos se tornam capazes de conceber graus de confiança neles mesmos distintos do ambiente e do mundo circundante. Para desenvolver ‘autoconfiança’, estabilizando sua identidade e o mundo lá fora, as crianças necessitam de reconhecimento e apoio contínuos através de relações emocionais, proporcionando uma realidade estável que lhes permita vencer suas relações inicialmente simbióticas e indiferenciadas com os outros de referência.

A segunda forma de reconhecimento se dá por meio do conhecimento que o indivíduo adquire acerca de sua capacidade formal para ação moral autônoma. Através dos direitos universais conferidos a todos os membros da sociedade, os indivíduos se tornam capazes de se autorrespeitar, isto é, de se considerarem iguais aos outros, com direito de tomar decisões, conceber e desenvolver planos de vida próprios. Essa segunda forma de relação consigo mesmo, o ‘autorrespeito’, se realiza por meio de relações jurídicas que reconhecem cada um como igualmente merecedor de direitos a liberdades negativas⁴, de acesso a processos políticos e, como contrapartida, dotado de responsabilidade jurídica.

A terceira forma de reconhecimento deriva da participação de cada um em contribuição positiva para uma forma de vida compartilhada, que expressa valores específicos, mantidos de modo comunitário. Em um grupo definido pela solidariedade social (menor do que o grupo de cidadãos no qual se realiza o autorrespeito), o indivíduo é capaz de adquirir ‘autoestima’ ao ser reconhecido como distinto dos outros, mas com particularidades e habilidades que contribuem positivamente para projetos compartilhados de uma comunidade nucleada pela solidariedade.

Em nossas sociedades modernas, essa terceira forma de relação consigo mesmo é distinta – e deve ser diferenciada – da segunda forma de autorrespeito. Isso porque as relações jurídicas devem reconhecer em todos os cidadãos as características abstratas da autonomia moral em igualdade de condições, enquanto o processo de estimar uma pessoa coloca em cena a questão de

seus traços mais específicos, positivamente avaliados no interior de uma comunidade que compartilha determinado horizonte de valores. Assim, enquanto a autoconfiança e a autoestima envolvem a compreensão que cada um tem de si em sua concreta particularidade, o autorrespeito envolve a relação de cada um consigo em sua abstrata universalidade.

Com o objetivo de explicar lutas históricas por reconhecimento, Honneth (2003, p. 213-253) faz corresponder às três formas positivas três ‘formas de desrespeito’ ou ruptura nas relações de reconhecimento. Mostra que experiências de desrespeito podem servir como motivação moral para a luta de indivíduos e grupos pela expansão de relações de reconhecimento, quando enfatizam os defeitos em arranjos sociais existentes. No nível mais fundamental, quando o controle do indivíduo sobre seu corpo – sua integridade física – é violado por violência física, tortura, etc., então, o indivíduo perde a confiança na estabilidade de sua identidade básica e a constância de seu mundo, sentimentos interiores necessários para um sentido saudável de ‘autoconfiança’. Em segundo lugar, o ‘autorrespeito’ moral de um indivíduo pode ser negativamente afetado com a negação sistemática de direitos outorgados a outros cidadãos formalmente iguais. Finalmente, a ‘autoestima’ de um indivíduo pode ser abalada pela difamação e/ou degradação de seu modo de vida, quando esse não recebe a estima social necessária para uma compreensão saudável de suas capacidades e realizações específicas.

Com base na estrutura que compreende três formas de reconhecimento e três formas correspondentes de desrespeito, podemos retirar três diferentes tipos de pretensões morais, isto é, pretensões de ser reconhecido como a pessoa autônoma e única que cada um é. Nesse contexto, o comportamento desrespeitoso significa injustiça não só porque fere os agentes ou restringe sua liberdade de agir, mas porque os injúria em sua própria compreensão positiva, intersubjetivamente adquirida.

Assim, às rupturas sociais nas relações de reconhecimento correspondem violações de pretensões morais

⁴ As liberdades negativas do indivíduo correspondem às liberdades (ou direitos) civis: direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei; garantias de ir e vir, de escolher o trabalho, de manifestar o pensamento, de organizar-se, de ter respeitada a inviolabilidade do lar e da correspondência, de não ser preso a não ser pela autoridade competente e de acordo com as leis, de não ser condenado sem processo legal regular.

implícitas, levantadas quando indivíduos e grupos lutam para vencer rupturas percebidas nas diferentes formas de reconhecimento (ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 132). Quando experiências individuais de desrespeito são compreendidas como norma por todos os membros de certo grupo – ou quando são vivenciadas como uma epidemia –, existe motivação potencial para resistência política coletiva às estruturas da sociedade, que nega sistematicamente aos membros daquele grupo o reconhecimento de que necessitam para sua autorrealização.

Individualismo (liberal), direitos sociais e autonomia intersubjetiva

Do ponto de vista histórico, a modernidade ocidental significa a emergência de concepções de liberdade e autonomia que marcam nossa compreensão contemporânea de justiça social. Concomitantemente ao processo de libertação dos indivíduos das amarras religiosas e da tradição, possibilitando que orientem suas vidas segundo caminhos próprios, configurou-se uma tendência a equiparar liberdade e autonomia pessoais com a permissão concedida aos indivíduos para desenvolverem seus fins sem qualquer tipo de constrangimento por parte dos outros.

Para Anderson e Honneth (2005, p. 128), essa concepção moderna de autonomia traz consigo um componente adicional: a ideia de que os indivíduos realizam sua autonomia ganhando independência de seus coassociados. Isso para não falar das leituras que tornam a autonomia equivalente ao isolamento. Na dimensão da justiça social, essa tendência se traduz, muitas vezes, na defesa da visão de que criar uma sociedade justa é tornar as pessoas o menos dependentes possível umas das outras. As consequências conceituais dessa ênfase individualista são importantes: além da ideia de que a autonomia cresce com a riqueza, também a noção de que pertencer a uma comunidade sem optar explicitamente por ela representa ameaça à autonomia pessoal.

Esse foco nas liberdades negativas do indivíduo “parece repousar na idealização desorientadora de um indivíduo autossuficiente e autoconfiante”

(ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 129). Ao retirar de cena a possibilidade de interferência, tal foco desconsidera requisitos de justiça social, falhando em apreender adequadamente as necessidades, vulnerabilidades e a interdependência entre os indivíduos. Se considerarmos que as pessoas (inclusive as autônomas) são muito mais vulneráveis e interdependentes do que o modelo liberal dá a entender, então podemos ter acesso a um quadro bem diferente acerca dos requisitos para promoção da justiça social.

A constatação de que a autonomia pessoal requer recursos e circunstâncias que tornem o indivíduo capaz de levar a vida que considera digna ganha um primeiro impulso com a institucionalização dos direitos sociais: direitos de participação na riqueza coletiva, incluindo direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde etc. A instituição dos direitos sociais desloca a atenção exclusiva nas liberdades negativas em direção a uma concepção mais positiva e material dos direitos. Incorpora-se, assim, a ideia de que reforçar a autonomia, especialmente a dos vulneráveis, envolve um compromisso, vinculado à justiça social, de garantir as condições materiais e institucionais da autonomia. Fraser (1996, p. 30-31) denomina tais condições de objetivas, demonstrando que a distribuição de recursos materiais tem de se processar de modo a garantir aos participantes da vida social independência e ‘voz’.

Sem menosprezar a importância das condições objetivas, estamos, principalmente, preocupados com o que podemos chamar de condições intersubjetivas da participação autônoma na vida social (FRASER, 1996, p. 31): a institucionalização de padrões culturais de interpretação e avaliação que expressem igual respeito por todos os participantes. Essa condição exclui padrões culturais que depreciem, sistematicamente, algumas categorias de pessoas e suas diferenças, deixando de reconhecê-las. Nesse contexto, emerge uma concepção de autonomia que denominamos intersubjetiva, social ou derivada do reconhecimento (NEDELSKY, 1989): a “autonomia que só existe no contexto de relações sociais que a suportam e em conjunção com o sentimento interno de se sentir autônomo”.

É claro, e não pretendemos negá-lo, essa forma de autonomia envolve condições objetivas de existência

social, mas é garantida por um sentimento interno que a própria pessoa desenvolve em conjunção com relações sociais de reconhecimento nas dimensões do afeto/amizade/cuidado, da estima social e do reconhecimento pelos parceiros de que se trata de um agente responsável. Introduzimos tal tipo de autonomia para compreender as condições intersubjetivas da vida social da pessoa idosa, porque entendemos que certas vulnerabilidades derivadas do envelhecimento na sociedade não são nem mesmo apreendidas pelas concepções de justiça social, orientadas, exclusivamente, pelas condições materiais e institucionais da autonomia.

Na verdade, é porque o processo de envelhecimento coloca, efetivamente, limitações nas condições objetivas de autonomia das pessoas idosas (dificuldades provenientes, principalmente, de condições de saúde) que insistimos na importância das condições intersubjetivas da autonomia como elementos decisivos para que as pessoas idosas possam se autorrealizar socialmente e desenvolver um modo digno e orientado de vida social, contribuindo com sua experiência. Pretendemos também que nossa leitura contribua para a formulação de políticas públicas e cuidados que considerem a importância da dimensão do reconhecimento enquanto elemento passível de contribuir para uma integração moralmente saudável da pessoa idosa à sociedade, de modo, inclusive, a enfrentar fenômenos de desorientação mental. Nos próximos parágrafos, vamos tratar de detalhar esse enfoque.

Na explicação intersubjetiva de autonomia, o ponto de partida é a compreensão de que a autonomia plena, ou seja, a capacidade de desenvolver e seguir uma concepção própria de vida, baseia-se em condições sociais. Assim, em nossa trajetória social, da infância à vida adulta, desenvolvemos a capacidade de confiar em nossos sentimentos e intuições, defender nossas crenças e considerar nossos projetos e realizações válidos. Anderson e Honneth (2005, p. 130) explicam que ninguém empreende tal viagem só, pois somos todos vulneráveis, em cada momento do percurso, a injustiças que solapam nossa autonomia, não apenas as que produzem carências

materiais, mas também aquelas que rompem relações sociais necessárias para a autonomia.

A concepção que defendemos se apoia na noção de que a autonomia da pessoa é ‘vulnerável a rupturas em suas relações com os outros’. Uma maneira consistente de pensar esse problema é colocar a vulnerabilidade social dos agentes na dependência do apoio que encontram durante a vida de relações de reconhecimento. Anderson e Honneth (2005, p. 131) defendem a ideia central de que as competências do agente, aquelas que compreendem a autonomia, requerem dele a capacidade de sustentar certas atitudes com relação a si mesmo (em particular, autoconfiança, autorrespeito e autoestima) e que essas autoconcepções, afetivamente carregadas (ou “relações práticas consigo mesmo”, em linguagem hegeliana), dependem, por sua vez, das atitudes de apoio de outros. Na leitura que Honneth (2003) realiza da tradição de Hegel e de George Herbert Mead (1950), esses três modos de se “relacionar praticamente consigo mesmo” são adquiridos e mantidos somente através do reconhecimento por parte daqueles que também reconhecemos.

Nesse contexto, autoconfiança, autorrespeito e autoestima não são crenças nem estados emocionais, mas propriedades emergentes de um processo dinâmico no qual indivíduos se experimentam como possuidores de determinado status: objeto de preocupação por parte de outros, agente responsável e alguém que contribui para um projeto compartilhado. Assim, as relações consigo mesmo não são assunto de um ego solitário que reflete sobre si, mas o resultado de um processo ‘intersubjetivo’ contínuo, no qual a atitude com relação a si emerge no encontro com uma outra atitude com relação a si.

Podemos ver melhor a importância do reconhecimento mútuo se olharmos para eventos e processos que o rompem. Caso, por exemplo, de instituições e práticas que empreendem atitudes de humilhação/difamação e ameaçam a autoestima de indivíduos, tornando difícil (ou até impossível) que eles desenvolvam sentimentos de dignidade e valor. O surgimento de sentimentos de vergonha e desvalorização ameaça o significado das realizações desses indivíduos. E, sem aquele significado de que aspirações próprias merecem crédito, o agente social vê seu raio de ação se restringir.

Certamente, é possível manter, psicologicamente, um sentido de autodignidade perante difamações e humilhações. No entanto, é muito mais difícil fazê-lo em tais circunstâncias, além de envolver custos muito elevados, correspondentes ao esforço do agente para se proteger de atitudes negativas ou para buscar subculturas de apoio.

Essa caracterização inicial dos efeitos nocivos que a difamação e a humilhação trazem para a autonomia do indivíduo e de grupos sociais ilustra claramente a importância do ambiente social. As condições para o desenvolvimento de uma vida autônoma estão intimamente conectadas com relações de reconhecimento mútuo. Na verdade, a autonomia depende dessas relações em três dimensões importantes (ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 131-132): (a) relações legalmente institucionalizadas de respeito universal pela autonomia e pela dignidade das pessoas (centrais para o desenvolvimento do sentimento de autorrespeito); (b) relações íntimas de amor e amizade (centrais para o desenvolvimento do sentimento de autoconfiança); e (c) redes de solidariedade e valor compartilhado, nas quais o mérito (valor) particular de membros de uma comunidade possa ser reconhecido (centrais para o desenvolvimento do sentimento de autoestima). Na próxima seção, vamos continuar com essa abordagem da autonomia orientada pelo reconhecimento, examinando mais de perto cada uma dessas relações consigo mesmo, seus significados para a autonomia, bem como o perfil dos contextos sociais favoráveis à sua emergência.

A metodologia a seguir detalhada é adequada tanto para identificar rupturas nas relações de reconhecimento social, que ameaçam a autonomia, como para apreender experiências bem sucedidas de autorrealização vivencial, em que pessoas idosas, graças a seu esforço próprio e a redes de reconhecimento social, conquistam graus importantes de autonomia intersubjetiva. Em última instância, queremos, também, resgatar experiências de recriação da condição da pessoa idosa em que, apesar de comprometimentos fisiológicos, os agentes conseguem desenvolver visões positivas de sua vida, conservando entusiasmo e constante atividade até a morte, apesar da organização da sociedade e do conhecimento sobre o problema conspirarem contra isso.

Autorrespeito, autoconfiança e autoestima

(1) O objeto do respeito e do 'autorrespeito' pode ser compreendido como a autoridade do agente para levantar e defender pontos de vista próprios, indicando um procedimento de alguém que se vê na mesma posição de outros. Nessa caracterização, o autorrespeito se traduz pela concepção que o agente tem de si mesmo como fonte legítima de razões e argumentos para a ação. Se alguém não consegue pensar-se como agente que delibera com competência e é coautor de decisões, como poderia levar a sério seus raciocínios práticos a respeito do que fazer? Logo, aqueles que dispõem de autorrespeito diminuído – com menor senso de autoridade pessoal – têm dificuldades para se considerarem autores plenos de suas vidas. Portanto, sem autorrespeito, a autonomia é prejudicada.

Com a identificação de fatores que diminuem o autorrespeito, podemos destacar, com Anderson e Honneth (2005, p. 132), o que torna a autonomia dos indivíduos vulnerável, suscitando a necessidade de proteção. Sem nenhuma pretensão de fornecer uma lista completa de fatores que diminuem o autorrespeito, não há dúvida que qualquer caracterização incluiria a subordinação, a marginalização e a exclusão. Essas maneiras de negar aos indivíduos a posição social de colegisladores equivalem a mensagens de que não são competentes para tomar decisões. Caso não contem com recursos internos vigorosos para resistir a tais práticas, dificilmente chegarão a se conceber como pessoas livres e iguais. Assim, a autonomia dos indivíduos é vulnerável, no sentido de sua diminuição à subordinação, marginalização e exclusão.

Ao longo da história política das sociedades, esses tipos de vulnerabilidade transformaram a garantia de direitos individuais em tarefa central de justiça social. A garantia de direitos individuais, através de uma estrutura legal (Constituição) visa a proteger os indivíduos dessas formas de desrespeito. No interior da cultura liberal contemporânea, ser sujeito de direitos tornou-se equivalente a ter autorrespeito como indivíduo completo. A proximidade entre sujeito de direitos e autorrespeito permite precisar a pretensão central da abordagem orientada pelo reconhecimento (ANDERSON;

HONNETH, 2005, p. 133): é em virtude de padrões de reconhecimento – nesse caso, padrões legalmente institucionalizados – que a relação prática consigo mesmo é assegurada.

Na abordagem derivada do reconhecimento, o compromisso liberal de proteger os indivíduos de ameaças à autonomia, acarretando um compromisso com a garantia de direitos individuais, adquire ênfase levemente distinta. Em vez de entender que a garantia dos direitos assegura diretamente a autonomia (bloqueando interferências), o enfoque do reconhecimento vê aí um suporte para a autonomia, sob a forma de apoio ao autorrespeito. Esse apoio significa um raio de ação para lutas por reconhecimento e transformações na sociedade decorrentes de tais lutas.

Nos próximos parágrafos, vamos abordar as outras duas relações práticas consigo mesmo: autoconfiança e autoestima. Nos dois casos, a estrutura argumentativa é a mesma discutida em conexão com o caso do autorrespeito (ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 133): uma relação prática consigo mesmo é crucialmente importante para a autonomia plena; o desenvolvimento e a manutenção de uma relação prática consigo mesmo dependem de padrões de reconhecimento; e, por isso, a autonomia dos indivíduos é vulnerável a ameaças àqueles padrões. O compromisso da sociedade com a proteção da autonomia dos indivíduos acarreta um compromisso com a proteção da infraestrutura do reconhecimento: relações mais ou menos institucionalizadas de reconhecimento que suportam não só o autorrespeito, mas, também, a autoconfiança e a autoestima.

(2) Em geral, quando falamos em ‘autoconfiança’, pensamos em um agente que tem uma relação de confiança com seus próprios sentimentos, desejos e emoções. A autoconfiança está vinculada à capacidade de percepção mediada pelo afeto, fazendo com que o sentimento subjetivo se torne, em primeiro lugar, material para deliberação. Adotando procedimento argumentativo paralelo ao do caso do autorrespeito, podemos começar nos indagando a respeito do que ocorre em casos de ruptura? Baseados em vários estudos, Anderson e Honneth (2005, p. 134) assinalam haver forte evidência clínica indicando que várias formas de trauma – como os que resultam de violência física ou tortura

– levam os indivíduos a ver com suspeita seus próprios sentimentos e a desconfiar de seus desejos. A implicação disso para a autonomia é a seguinte: aqueles que perdem essa forma básica de confiança também perdem apoio para conduzir a vida de acordo com suas convicções mais básicas. Isso porque não podem mais confiar que seus desejos sejam autenticamente seus.

A autoconfiança é componente vital de nossa autonomia devido à complexidade que enfrentamos ao procurar acessar nossos sentimentos, desejos, medos, arrependimentos etc. Em parte, a importância da autoconfiança provém da dificuldade do trabalho interpretativo necessário à compreensão de si mesmo – e do caráter evasivo dos relatos construídos na perspectiva da primeira pessoa (ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 134), provenientes da resistência do agente em revelar suas vivências subjetivas. A fim de evitar rigidez psicológica, é importante adotar uma perspectiva em múltiplas vozes. É compreender que a contribuição da autoconfiança para a autonomia do agente não guarda tanta relação com requisitos de racionalidade e articulação argumentativa, como sugerem algumas concepções tradicionais.

Além da flexibilidade para responder adequadamente a mudanças de vida, agentes autônomos demonstram abertura com relação a fontes de identidade e escolha. O modelo de agente autônomo que surge da perspectiva em múltiplas vozes sobre o caráter do “si mesmo” de uma pessoa sugere não só um agente livre de padrões compulsivos de comportamento, mas também aberto a novos desejos. Anderson e Honneth (2005, p. 134-135) explicam que essa ideia se reflete em uma mudança na concepção psicanalítica de maturidade, deslocando-a da capacidade para controlar seus impulsos internos (ou seja, da força do ego) em direção ao potencial para o diálogo interior, para uma abertura com relação à multiplicidade de vozes interiores e à variedade de relações comunicativas com elas.

Como no caso do autorrespeito, a autoconfiança não é uma realização solitária: depende de relações interpessoais nas quais um agente adquire e sustenta a capacidade de se relacionar dinamicamente com sua vida interior. Para Anderson e Honneth (2005, p. 135), fortes evidências indicam que a autoconfiança emerge,

especialmente, das relações íntimas. Como vivências subjetivas se caracterizam, muitas vezes, pela ambivalência e pela natureza conflituosa, as dificuldades e os riscos inerentes a uma abertura genuína, típica de uma reflexão e de uma deliberação livre e autônoma, podem se revelar arriscados. A coragem para envolver-se com seus sentimentos mais profundos de modo crítico e aberto é facilitada pela certeza do amor de outros e da autoconfiança que esse amor suporta.

A implicação crucial dessa discussão é que a autonomia do indivíduo também é vulnerável a qualquer coisa que diminua direta ou indiretamente a autoconfiança: violações fortes da intimidade, violências físicas e torturas trazem, diretamente, tanto mal à autoconfiança e à autonomia dos agentes que as sociedades assumem compromissos de proteger os indivíduos, procurando prevenir sua ocorrência⁵. No plano dos efeitos indiretos, cumpre chamar a atenção para os compromissos que a sociedade assume quando trata de proteger as condições de autonomia, defendendo e estimulando os tipos de relações que desenvolvem e reforçam a autoconfiança. Por exemplo, políticas dirigidas à família e a relações de trabalho podem ser encaradas como compromissos de proteger e promover um importante componente das capacidades constitutivas da autonomia.

(3) A autonomia da pessoa também pode ser diminuída por ameaças à sua ‘autoestima’, configurando um tipo de vulnerabilidade que podemos denominar semântica. As condições para o desenvolvimento de sentimentos de autodignidade e autoestima podem ser abaladas por padrões de humilhação e difamação, que tornam a pessoa menos capaz de se autodeterminar em seus projetos. Essa ameaça potencial à autonomia levanta, por sua vez, questões adicionais sobre justiça social e garantia de autonomia.

A importância da autoestima para a autonomia pode ser ilustrada resgatando importante aspecto vinculado à autoconfiança. O ponto de partida é a compreensão de que a atividade de autointerpretação, central para que o agente possa refletir com autonomia, pressupõe não só certo grau de abertura afetiva, mas também recursos ‘semânticos’. Isso porque os indivíduos não podem decidir por si mesmos os significados de seus atos (de fala)⁷.

A determinação do significado e do valor das atividades de uma pessoa está, fundamentalmente, enquadrada em um campo simbólico e semântico no qual as relações ocorrem (ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 136): alguns se referem a esse campo como “espaço de razões” (McDowell), outros a “horizonte de significados” (Taylor) e “regime de conhecimento/verdade” (Foucault), ou, ainda, “meios socioculturais de interpretação de necessidades” (Fraser). Para falar desse campo, Habermas (1988, p. 88) usa a expressão “mundo da vida”. Na perspectiva do participante, o mundo da vida é um horizonte feito de pré-compreensão, composto da própria linguagem, das evidências culturais (de onde os agentes retiram modelos explicativos que lhes permitem interpretar as situações), das solidariedades dos grupos (que se constituem em torno de determinados valores) e das competências dos indivíduos socializados.

O caráter inevitavelmente ‘avaliativo’ desse campo semântico-simbólico traz a implicação crucial para a autonomia. Pois, se os recursos semânticos disponíveis para pensar sobre o modo de vida, a condição social ou a idade de alguém forem negativamente carregados, então se torna difícil considerá-lo como digno de valor. Talvez não impossível, mas, se a pessoa não contar com um poder de resistência e recuperação especialmente forte, apoiado por subcultura e esforço próprio – isto é, se não contar com outras fontes de autoestima –, sua

⁵ Essa é, por exemplo, uma das motivações do Estatuto do Idoso, promulgado pelo Estado brasileiro. É claro, o Estatuto vai muito além, pois também considera a importância de proteger a autoconfiança da pessoa idosa de efeitos indiretos nocivos, além de tratar de assegurar direitos e participação na sociedade, correspondentes, respectivamente, às dimensões do respeito e da estima social. A análise do documento revela que a ideia de reconhecimento está presente como um de seus pressupostos.

⁶ A teoria dos atos de fala trata de integrar, simultaneamente, linguagem e ação. Para Searle (1970, p. 17), a teoria da linguagem é parte da teoria da ação, porque falar é uma forma de comportamento regulada por normas. O ponto de partida da teoria é a descoberta de Austin (1990, p. 29) de que “dizer” algo é “fazer” algo (to speak a language is to perform an action): quando falamos, além de expressarmos um conteúdo objetivo (ou proposicional), realizamos uma ação ao dizer algo. A ação consiste no modo pelo qual fixamos o emprego da frase ou sentença, como afirmação (asserção), promessa, ordem, confissão etc. A unidade de significado e comunicação caracterizada por essa dupla estrutura denominamos ato de fala (SEARLE, 1970, p. 16): a produção ou emissão de uma instância de uma sentença – tipo (genérica ou standard) sob certas condições ou, mais simplesmente, o emprego de uma frase em uma emissão. Os atos de fala têm a estrutura F (p), onde “F” assinala a “força ilocucionária” e “p” o “conteúdo proposicional”. Isso qualifica a comunicação humana como empreendimento eminentemente intersubjetivo, pois a compreensão dos significados de nossos atos de fala depende sempre de contextos de uso da linguagem e de emissões de outros agentes como nós.

forma de vida marginalizada deixa de ser opção genuína (ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 136). Quando o modo de vida de uma pessoa não obtém compreensão e é alvo de humilhação e difamação, seguir significativamente esse modo de vida torna-se extremamente difícil.

Em conexão com a autonomia, podemos acrescentar algo mais sobre os efeitos que tal difamação tem sobre o sentido de ação e efetividade da pessoa. Trata-se de uma consideração predominantemente formal (ANDERSON; HONNETH, 2005, p. 137): à medida que falta a quem age o sentimento de que o que faz é significativo, torna-se difícil buscá-lo com sinceridade e entusiasmo. Há, ao menos, uma tensão entre seguir aquele modo de vida e pensar-se como alguém que faz algo com sentido, pois estar capacitado a ver sentido no que se faz está intimamente ligado a realmente fazê-lo. Assim, um ambiente sociocultural hostil em considerar o que alguém faz como significativo é 'desmoralizante'. Pela maneira de abalar a autoestima, padrões sistemáticos de difamação ameaçam não somente a felicidade ou a identidade, mas a ação das pessoas atingidas.

Para o exercício da autonomia, os indivíduos não dependem somente de um ambiente semântico-simbólico que os compromete parcialmente, capacitando autointerpretações ricas. Além disso, os indivíduos também são vulneráveis a ambientes simbólico-semânticos hostis e difamadores que assediam ou limitam sua ação autônoma. Por conseguinte, uma concepção de justiça social que se compromete seriamente em proteger a autonomia dos indivíduos deve incluir uma proteção contra ameaças de difamação.

Chegamos, assim, ao esboço de um modelo de autonomia derivado do reconhecimento social, em que a autonomia representa uma propriedade emergente de indivíduos enquanto dotados de certas capacidades/aptidões socialmente situadas. Esse enfoque teórico torna a articulação e a teorização entre o nexos mutualidade (reciprocidade) e habilitação individual mais simples e diretas.

A autonomia plena – a capacidade real e efetiva de desenvolver e buscar sua concepção própria de vida digna – é facilitada por relações consigo mesmo (autorrespeito, autoconfiança e autoestima), que estão, por sua vez, conectadas com redes de reconhecimento

social. Entendemos que a participação nessas redes é fundamental para que a pessoa idosa possa dispor de meios normativos para enfrentar condições de vulnerabilidade derivadas de um contexto social que tende a desvalorizar seu modo de vida.

No entanto, é importante não esquecer que autoconfiança, autorrespeito e autoestima continuam sendo realizações mais ou menos frágeis e vulneráveis a várias formas de violação, injúria e difamação, tornando a proteção dos contextos sociais em que emergem uma questão central de justiça, envolvendo a sociedade como um todo.

Saúde, vulnerabilidade e reconhecimento da pessoa idosa

O caminho para legitimar a compreensão da autonomia intersubjetiva do idoso como modelo de orientação para instituição de políticas públicas em nossa sociedade pode começar pela discussão dos parâmetros teórico-metodológicos do reconhecimento social na reflexão das práticas de saúde de profissionais nos serviços de saúde. Na prática da saúde coletiva, o uso corrente, no sentido liberal, do conceito de autonomia influencia as políticas públicas voltadas para a assistência integrada, baseada na perspectiva da prevenção e recuperação das doenças na idade madura.

Tal orientação privilegia cuidados centrados no indivíduo, deixando em segundo plano a vida normativa e o reconhecimento dos idosos na sociedade. Além disso, os serviços de saúde se organizam por especialidades, fragmentando os cuidados. Entendemos que a concepção de autonomia intersubjetiva, além de colocar em foco a questão da saúde psicossocial, pode, também, contribuir para repensar, de modo interdisciplinar, o problema da saúde integral da pessoa idosa.

Podemos nos aproximar dessa compreensão acrescentando à discussão elementos conceituais de Canguilhem (1979) a respeito de vida, saúde e doença (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR, 2007; PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010; ALMEIDA FILHO, 2000). O autor entende que vida é uma atividade dinâmica de interação com o meio, ao mesmo

tempo normativa e polarizada entre saúde e doença, implicando o organismo como um todo, com funções interdependentes e ritmos harmonizados. A vida não é indiferente com relação às condições de seu desenvolvimento, já que reage dinamicamente ao meio. Além disso, é uma atividade normativa em processo no todo vivo: constitui uma normatividade biológica que institui autonomamente suas próprias normas em função do meio.

Nesse contexto, a saúde pode ser compreendida como uma norma de autonomia de indivíduos e grupos com relação a seu meio de vida. Em vez de adaptação, saúde é ser normal no sentido normativo, quer dizer, poder viver e agir no meio em que se evolui, mas também comportar-se normativamente instituindo novas normas de regulação do meio. A doença consiste em um 'esforço da natureza no homem para obter novo equilíbrio', sendo realmente outro comportamento da vida. Pois o estado de doença impõe ao homem outra vida, mesmo no sentido biológico do termo, e ao organismo a modificação de seus comportamentos anteriores.

A doença é um fenômeno qualitativo anormal e o estado de saúde mantém a pessoa na inconsciência de seu corpo, ou seja, 'a saúde é a inocência orgânica'. A definição de doença é aquela dada pelo doente, por sua consciência, e não pelo médico, pois é o doente que não se sente normal, não idêntico ao seu passado. Saúde e doença podem existir simultaneamente em uma pessoa, quando há patologia, mas a pessoa se considera em estado de saúde e, inversamente, quando não há patologia, mas a pessoa se considera doente.

É importante enfatizar que o termo normal corresponde a uma norma, entendido tanto como o que constitui uma média como o que deve ser. Canguilhem (1979) sustenta haver uma diferença qualitativa entre normal e patológico, pois um fato patológico só pode ser apreendido considerando o organismo como um todo. Por um lado, porque o organismo forma um todo, sendo que todas as suas funções se modificam. Por outro, porque o patológico só se expressa de modo consciente na pessoa, constituindo-se para o doente em nova experiência.

Como refletir nesse contexto sobre a vulnerabilidade da pessoa idosa?

A resposta parece estar em uma reflexão que reúne dois pontos de vista: pensar a vulnerabilidade do idoso, por um lado, do prisma de um questionamento ontológico e, por outro, procurando considerá-la pelo que de fato é. Não só como limitação, mas também pelo que encerra de potencial afirmativo.

Toda a dificuldade consiste em manter esses dois aspectos, ontológico e empírico, a fim de, simultaneamente, evitar a abstração sem consistência e a simples constância do fato. Inspirando-se em Canguilhem (1979), Le Blanc (2007) sugere que a questão está na capacidade do ser vivo, do homem, de inventar normas, sem as quais não saberia assegurar sua sobrevivência, na dimensão da normatividade da vida. Tese ontológica que sustenta a vida como potência realizada pela produção incessante de normas pelos homens e não pela submissão às já existentes.

Isso pressupõe uma vulnerabilidade do homem, marca de seu caráter finito, solidária de seu ser dependente do meio e de outros homens e, portanto, sempre em perigo. Mas, igualmente capacitado para resistir e recompor com outros uma força de expansão. Nesse sentido, podemos falar de uma vulnerabilidade ontológica, a qual o homem está sempre exposto. Todavia, reduzir a vulnerabilidade social, que pode se traduzir em nossas sociedades pelo desrespeito e pela desvalorização de um modo de vida, como o dos idosos, à vulnerabilidade ontológica é, na verdade, recusar-se a pensá-la e esconder a patologia social, legitimando-a e naturalizando-a.

Para Le Blanc (2007), a vida cotidiana consiste em um jogo, uma busca com as normas, um jogo de "se desvincular no ato mesmo de se vincular a elas". Esse jogo constitui o eu que experimenta sua vulnerabilidade e passividade sob a espécie de um desejo de autonomia que só se realiza intersubjetivamente. Normalidade e a normatividade são, portanto, dois aspectos solidários que não permitem reduzir a vida ordinária à sujeição às normas.

Que operações de qualificação e de desqualificação caracterizam as vidas cotidianas? Como entender a vulnerabilidade socialmente produzida?

A vulnerabilidade social aparece no processo ou jogo pelo qual os indivíduos se constituem quando estes

se encontram tolhidos em suas condições de participação na representação e na construção das normas, como sugere o paradigma do reconhecimento. Não pode ser verdadeiramente identificada por critérios objetivos, pois é um sentimento que o indivíduo experimenta abalando sua humanidade. Esse sentimento não pode, todavia, ser reduzido a uma maneira de ser no mundo de um sujeito, pois expressa relação social constitutiva da identidade.

O paradigma do reconhecimento social indica que o próprio processo de constituição do eu expõe o homem à vulnerabilidade. Baseando-se, simultaneamente, em condições objetivas e sociais de inscrição do homem no mundo, bem como em seu potencial normativo, o processo que conduz à vulnerabilidade é o contrário do que sustenta com autonomia intersubjetiva a vida cotidiana. Enquanto esta vincula o homem a suas capacidades por meio de normas sociais que asseguram visibilidade e compreensibilidade à vida, a vulnerabilidade tende a desvincular o homem de suas capacidades por meio da erosão das normas sociais, tornando as capacidades opacas e pouco utilizáveis.

Como orientar uma prática de cuidados com relação à vulnerabilidade social?

A crítica envolve o compromisso com cuidados e a orientação com vistas a uma política. O cuidado se baseia na necessidade do vulnerável de ver seu potencial normativo reforçado por meio de políticas que organizem apoio social, sem o qual nenhum humano pode sentir-se capaz de agir e falar. Isso implica reconhecer a multiplicidade das maneiras de viver e ser humano, diferentemente de modelos que buscam a mera adaptação.

É nesse contexto que o paradigma do reconhecimento social e a concepção intersubjetiva de autonomia podem contribuir. Pois permitem compreender a importância fundamental das três esferas do reconhecimento, afeto-amor, respeito e estima na experimentação de modos inéditos de instituição normativa para enfrentar a fragilização do humano. Cuidar dos

vulneráveis significa fazer um esforço para desconstruir a vulnerabilidade, mas também significa tornar visível o homem precário como homem genérico, e não só como homem específico.

A vulnerabilidade social é completamente distinta da ontológica, em que a vida surge, por si só, como frágil: ao tornar-se natural, a vulnerabilidade social revela uma forma de violência socialmente produzida, que coloca para a crítica o problema de como desmontar as formas ideológicas de justificação, que naturalizam a fragilidade. Por isso, em sua vertente construtiva, Le Blanc (2007) se orienta pela redescoberta da palavra para instituir “uma política das ações criadoras das vidas ordinárias”.

Conclusão

Quais elementos recomendam a utilização do conceito de “autonomia intersubjetiva” na orientação dos cuidados à pessoa idosa? O pressuposto parece ser a importância para a saúde integral da pessoa idosa de poder participar da vida normativa em redes de relações sociais valorativas de afeto, amizade, estima social, reconhecimento de direitos e responsabilidades. Apesar de não dispormos de muitas pesquisas orientadas pelo paradigma do reconhecimento, é muito razoável supor que a falta de participação e o rompimento da normatividade nessas redes de relações sociais que sustentam a vida moral intersubjetiva – por atitudes de desvalorização (difamação ou humilhação), desrespeito (subordinação, marginalização e exclusão) e por violências (traumas) – contribua para fenômenos de isolamento, desorientação mental, fragilização e para o surgimento de doenças entre a população idosa. Além de contribuir para a manutenção da saúde das pessoas idosas, políticas públicas orientadas pelo paradigma do reconhecimento social podem reforçar o sentimento de dignidade, a solidariedade e a justiça social.

Referências

- ALMEIDAFILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.3, n.1-3, p. 4-20, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X200000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul 2012.
- ANDERSON, J.; HONNETH, A. Autonomy, Vulnerability Recognition and Justice. In: CHRISTMAN, J.; ANDERSON, J. (eds.). *Autonomy and the Challenges to Liberalism*. New York: Cambridge University Press, 2005. p. 127-149.
- ATCHLEY, R.; SELTZER, M. *The Sociology of Ageing: Selected Readings*. Belmont, California: Wadsworth, 1976.
- AUSTIN, J. *Quando dizer é fazer*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1979.
- CLARK, R.; SPENGLER, J. *The Economics of Individual and Population Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.
- EAKIN, J. et al. Towards a critical social science perspective on health promotion research. *Health Promotion International*, Oxford, v. 11, n. 2, p. 157- 165, 1996.
- FRASER, N. *Social Justice in the Age of Identity Politics: redistribution, recognition, and participation*. The Tanner Lectures on Human Values. Stanford: Stanford University, 1996.
- HABERMAS, J. *Le discours philosophique de la modernité*. Paris, Gallimard, 1988.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- HORKHEIMER, M. Teoria tradicional e teoria crítica. In: BENJAMIN, W. et al. *Textos Escolhidos*. São Paulo: Abril, 1975. p. 125-162.
- LE BLANC, G. *Vies ordinaires, vies précaires*. Paris: Seuil, 2007.
- MEAD, G. H. *Mind, Self and Society*. Chicago: The University of Chicago Press, 1950.
- NEDELSKY, J. Reconciving Autonomy: Sources, Thoughts, and Possibilities. *Yale Journal of Law*, New Haven, v.1, n. 7, spring 1989.
- PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A. Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 451-464, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul 2012.
- PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul 2012.
- SCHUMACHER, A. A. et al. Reconhecimento social e autonomia intersubjetiva da pessoa idosa. In: INTERNATIONAL CONGRESS OF QUALITATIVE INQUIRY, 5., 2009, Urbana. Urbana: University of Illinois at Urbana Champaign, 2009.
- SEARLE, J. R. *Speech acts*. Cambridge, Cambridge University Press, 1970.
- STEARNS, P. N. *Old Age in European Society*. London: Croom Helm, 1977.
- TAYLOR, C. *Multiculturalism and “The Politics of Difference”*. Princeton: Princeton University Press, 1992.
- TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface*, Botucatu, v.10, n. 19, p. 61-76, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul 2012.
- TIBBITTS, C. *Handbook of Social Gerontology*. Chicago: University of Chicago Press, 1960.
- TOWNSEND, P. *The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century*. Ageing and society, Cambridge, v. 1, i. 1, p. 5-28, jan. 1981.
- WAITZKIN, H. A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters. *Journal of Health and Social Behavior*, Thousand Oaks, v. 30, p. 220-239, 1989.

Recebido para publicação em Julho/2012

Versão final em Maio/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual

Perception of life of elderly people living with HIV/AIDS served in center of reference

Allan Serra¹, Ana Hélia de Lima Sardinha², Amanda Namíbia Silva Pereira³, Silvia Cristina Viana Silva Lima⁴

¹ Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil. Enfermeiro da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI-São Luís) – São Luís (MA), Brasil. allaserra@hotmail.com

² Doutora em Educação pela Universidade Instituto Central em Ciências Pedagógicas, Cuba. Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil. anahsardinha@ibest.com.br

³ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil. amanda_namibia@hotmail.com

⁴ Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil. silvia.lima@aids.gov.br

RESUMO Este estudo analisou a percepção dos idosos com AIDS, atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Foram incluídos 46 idosos com AIDS, entrevistados no período de janeiro-junho de 2010. Observou-se que quase não havia conhecimento sobre a doença antes de se contaminarem e que várias são as representações sobre a AIDS: “doença do outro”; “incurável”; “fatal”, que pode levar à morte e ao preconceito. O diagnóstico positivo e a convivência com a AIDS são carregados e permeados de sentimentos negativos por parte do indivíduo portador e de sua família, havendo a necessidade de reestruturação da vida de cada um através do enfrentamento.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Idoso; Percepção.

ABSTRACT This study analyzed the perceptions of elderly people with AIDS cared for in a state reference center of Maranhão. This descriptive, qualitative study was conducted among 46 patients with AIDS, interviewed from January to June 2010. It was revealed that the patients very rarely had any prior knowledge of the disease before being infected and there are several representations of AIDS, “someone else’s disease” “incurable”, “fatal”, which can lead to death and prejudice. The positive diagnosis and living with AIDS bring a host of negative feelings to the individual carrier and their family, requiring them to rebuild their lives through a process of facing up to the reality.

KEYWORDS: Nursing; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Elderly; Perception.

Introdução

De acordo com projeções estatísticas do ano de 2006, da Organização Mundial de Saúde (2006), há indícios de que o segmento da população idosa poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020, com, aproximadamente, 30 milhões de pessoas, o que fará do Brasil o 6º país com o maior número de idosos do mundo.

No Brasil, um estudo conduzido por Moreira Júnior *et al* (2005), entre 2001 e 2002, acerca de atitudes e comportamentos sexuais entre homens e mulheres de 60 a 80 anos mostrou que 92,6% dos homens e 58,3% das mulheres referiram alguma atividade sexual no ano que precedeu a entrevista.

Diante dos dados, percebe-se que os idosos não estão excluídos da possibilidade de aquisição de doenças veiculadas pelo sexo. Vasconcelos, Alves e Moura (2001) explicam que uma significativa proporção de homens e mulheres permanece sexualmente ativa, pois a sexualidade, como interação física e íntima, tem comportamento vitalício e desenvolvimentos evolutivos que vão desde o nascimento até a morte.

Muitas são as causas atribuídas ao aumento dos índices de contaminação e de idosos vivendo com HIV/AIDS: mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade; resistência por parte dos idosos em utilizar a camisinha; inovações na área da saúde; acesso à terapia antirretroviral; inovações na área medicamentosa; entre outras.

No aspecto social, o idoso convive com o estigma associado ao estar com AIDS, o medo de familiares e da comunidade; a diminuição dos recursos financeiros; questões relacionadas à qualidade de vida, entre outras.

Azambuja (2010) considera um desafio diagnosticar pacientes soropositivos idosos por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a múltiplas patologias, o que leva à possibilidade de subnotificação de casos ou se reflete em diagnósticos tardios e em terapêuticas incorretas, acelerando a instalação de infecções oportunistas e de complicações.

Feitoza, Sousa e Araújo (2004) salientam, ainda, que a dificuldade em diagnosticar a infecção pelo HIV/AIDS em indivíduos idosos deve-se ao número

insuficiente de teste sorológico realizado por essa população. Assim, em consequência do diagnóstico tardio, tem-se encontrado a enfermidade em estágios avançados.

A AIDS, segundo Düttmann (2005), um objeto de reflexão filosófica de primeira ordem, explícita em todo o seu contexto aspectos subjetivos em alto grau de diversidade.

Assim, a interrogação que trazia acerca do assunto nos colocou diante de um fenômeno difícil de mensurar: retratar a percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS. O estudo em questão torna-se importante à medida que resulta do mundo do percebido, em que o paciente tem a possibilidade de deixar grafados os seus sentimentos como portador, trazendo-nos inquietações e reflexões.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo sobre a percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS, atendidos no Hospital Presidente Vargas, em São Luís – MA. Para compreender esses fenômenos vivenciados pelos portadores de HIV/AIDS, foi utilizada a metodologia qualitativa para compreender os significados buscados na experiência singular de cada indivíduo, utilizando a análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa.

Foram incluídos neste estudo 46 idosos portadores do HIV/AIDS, diagnosticados, com idade igual ou maior que 60 anos, em acompanhamento no Hospital Presidente Vargas, com capacidade cognitiva preservada, em uso ou não de medicamentos antirretrovirais, internados ou em acompanhamento ambulatorial, que aceitaram participar da pesquisa assinando, para tanto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ressalta-se que a função cognitiva dos idosos foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental. As entrevistas para coleta das informações foram realizadas entre os meses de janeiro e junho de 2010.

As perguntas para coleta dos dados foram realizadas através de entrevista semiestruturada, entre os meses de janeiro e junho de 2010, contendo perguntas relacionadas a: conhecimento prévio que possuíam sobre

HIV/AIDS, impacto da notícia do diagnóstico positivo e convivência com HIV/AIDS.

Os referenciais da bioética, preconizados na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram considerados neste estudo. De acordo com parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Presidente Dutra, o Projeto nº 232/09 foi aprovado em 08/01/2010.

Resultados

A população da pesquisa foi composta, predominantemente, por idosos de 60 a 65 anos (57%); solteiros (63%); naturais de Pinheiro (40%); do sexo masculino (61%); pardos (52%); católicos (80%); que moram em casa alugada (91%), do tipo alvenaria (83%), com até 2 filhos (50%); aposentados (78%), com nível de escolaridade até o ensino fundamental (50%) e renda média de um salário mínimo (52%).

Os depoimentos obtidos no estudo permitem compreender os objetivos desta investigação de acordo com os resultados e a discussão de análise qualitativa, conforme se verá a seguir.

O Significado da Aids para Idosos Soropositivos

Quando questionados sobre o conhecimento prévio que possuíam sobre HIV/AIDS, os idosos entrevistados apresentaram respostas que variaram de nenhum a algum conhecimento a respeito da doença. Alguns informaram que nada sabiam sobre AIDS antes de se infectarem ou que, quando existia informação, essa era muito escassa e superficial.

Nada. Não sei praticamente nada. (Sujeito 06).

Eu não tinha nenhum conhecimento. O problema foi esse [...] Se fosse no dia de hoje, eu garanto para você que eu não pegaria essa

doença. Porque eu sei como é que é, eu sei o problema tudo [...]. Agora, nuns tempos atrás, a gente quase não tinha informação [...] Então eu garanto: se fosse hoje, eu não entrava nessa [...]. (Sujeito 03).

Por outro lado, alguns deles relataram ter tido informações e possuir alguma ideia acerca do que era AIDS. Todavia, observou-se nos depoimentos abaixo que parece haver uma distinção entre 'ouvir falar' e ter informações corretas sobre a doença.

Muito pouco se falava desse negócio de AIDS. Não sabia tanto quanto eu sei hoje [...] Às vezes, a gente ouvia alguém falar, né? "Oh, a AIDS" ou "fulano tá com AIDS".

A gente não tinha noção do que era AIDS. Ouvia só falar. Como outra qualquer. Mas não tinha informação. (Sujeito 05).

Sempre ouvi falar no rádio, mas não era tão explicativa que nem hoje. A gente não tinha tanta informação. [...] Logo que surgiu essa doença aí, eu já ouvi falar. [...] mas não tinha ideia nenhuma de como era. (Sujeito 07).

Na fala dos entrevistados, a AIDS é vista como 'doença do outro', uma coisa abstrata, a crença no 'ver para crer'.

Puuuxa vida! Já tinha ido a diversas palestras [...] Veio gente de fora, vieram falando, falando, explicando como era, como não era [...] Distribuiu camisinha e aquelas coisa toda. [...] Meio que a gente não sente. [...] "Ah, isso não é nada disso, não, tal". Eu não acreditava! Porque quando não toca na gente, a gente não acredita, cê me entendeu? [...] Depois é que a gente vai ver [...] Na hora que a coisa aperta. (Sujeito 01).

Tinha, mas nunca tinha visto uma pessoa com isso aí. Você entendeu como é que é o negócio.

Acho que o mal da gente é isso aí. [...] Se eu visse, não entrava nisso aí. [...] Você escuta falar e não vê, quer dizer, é que nem diz o outro: “só vendo para crer” (risos). Mas, quando fui ver, já tinha me lascado. (Sujeito 02).

Sim. Mas nunca passou pela minha cabeça que um dia isso ia acontecer comigo. [...] Nunca. (Sujeito 04).

A representação que a AIDS tem para os entrevistados é de uma doença incurável, fatal, que pode levar à morte, e ainda impregnada de muita discriminação e preconceito, mas que pode ser controlada, dominada.

Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar, ela mata. (Sujeito 02).

[...] Porque fala “ah, é uma doença que não tem retorno. Você pegou esta doença, acabou”. De fato, não acabou, não acaba. Mas derruba a pessoa, assim, mentalmente. [...] Você não consegue se concentrar. (Sujeito 03).

Porque você sabe que é uma doença que não tem cura. Não tem cura. Perigoso. [...] Antigamente, eu morria de medo disso daí. Nossa! Isso daí era uma coisa! Hoje, vamos supor, tem gente que é muito discriminado. [...] Eu vou olhar para trás, é uma doença como outras, que mata também. (Sujeito 04).

Bom, agora, com o pouco que eu sei, eu acho que é uma doença como outra qualquer... É só você se cuidar. [...] É triste? É. Você tem cura? Não tem. Mas você, sabendo levar, se controlar, você vive bem, sossegado. [...] O preconceito atrapalha um pouco, porque a gente percebe que [...] quando a pessoa sabe, fica meio te olhando de lado, então é com isso aí que a gente fica magoado [...]. (Sujeito 05).

A Descoberta da Aids para Idosos Soropositivos

A descoberta da condição de soropositivo para o HIV ocorreu, quase sempre, em função do surgimento de alguns sintomas/adoecimento, estando a decisão de submeter-se ao teste de HIV a cargo de pedidos médicos, não aparecendo como uma atitude própria do sujeito.

Eu fui ao médico, ele pediu um exame, aí constatou [...]. E foi onde minha vida mudou tudo [...]. Se transformou num pesadelo para mim. (Sujeito 03).

Depois de ir a vários médicos, um resolveu me pedir o exame para HIV, foi aí que descobriu tudo. Sofri muito antes de descobrir o que eu tinha, pois passava muito mal e me internei algumas vezes. (Sujeito 06).

Nota-se que a primeira reação, na maioria dos entrevistados, pode ser um estado temporário de choque, e, quando termina essa sensação de torpor, aparece a negação, revelada na maioria dos entrevistados.

A minha reação quando eu soube do resultado? A minha reação não foi nenhuma, nenhuma [...]. A minha mulher sentiu, porque ela tava no dia comigo [...]. Mas eu não me abalei, porque não adiantava mais nada, né? Eu tinha que ter evitado antes [...]. Mas eu não sinto nada. Eu fui no médico buscar os outros resultados de anemia, essas coiseras, sabe? O doutor falou “é aí A. você baqueou?”. Eu falei “Não, normal. Agora tem que tocar o barco para frente porque, se eu baquear, pior para mim” [...]. (Sujeito 02).

Eu não acredito que eu tenho. Tenho. Que tenho, tenho. Mas eu não acredito. Não sinto nada, nada, nada. (Sujeito 04).

Além da negação, a racionalização se apresenta como um importante mecanismo de defesa, podendo

auxiliar na sobrevivência e na manutenção de uma estrutura egoísta, permitindo ao indivíduo processar e elaborar a sua nova condição de vida.

Então, eu procuro viver, não lembrar essas coisa na cabeça, entendeu? [...] Olha, eu vou falar uma coisa para você, o que eu ponho na minha cabeça é que tem coisa pior. Eu fui vítima, fui. Eu prejudiquei minha esposa, eu que tirei a vida dela [...]. É duro demais, mas tem pior. Tem sempre que pensar nisso: tem pior. (Sujeito 04).

Desde que descobri que estava doente, procuro me conscientizar que agora não tem mais jeito. Tenho que viver minha vida nessa nova condição. (Sujeito 05).

Os idosos entrevistados relataram, também, que, ao receberem o diagnóstico, apresentaram múltiplos sentimentos: amargura, tristeza, desespero, solidão, pânico, incredulidade, como transparece nos depoimentos abaixo.

Olha, meu filho, eu chorei dia e noite quando o médico me falou. Ele falou, eu chorei, chorei, sentimental mesmo. Não esperava isso [...]. Falei “meu Deus do céu! Por que Deus não me deu o caminho para eu ver o que foi, para não pegar isso aí?” [...]. Mas não teve jeito, né? [...] (Sujeito 01).

Já tinha parado e aí voltou. Eu comecei a menstruar, aí eu via, eu ia no médico e o médico dava remédio, passava, tudo bem [...]. E aí me saiu umas feridas na boca. Aí vai no médico, farmácia, remédio, tudo [...]. Nada valia. Aí um médico disse para mim: “vamos fazer o exame de HIV porque isso daí é todo o sintoma do HIV”. [...] Aí, eu já saí dali desorientada. Fui fazer, veio o papel: positivo. E eu fiquei desesperada, louquinha, louquinha. Aí tornou a fazer outro exame: positivo. [...] Foi muito difícil. Porque eu falava que não poderia ter acontecido isso comigo... Porque eu não fui

uma pessoa má. O que eu fiz pros outros? Não poderia ter acontecido isso comigo. Eu fiquei em pânico. (Sujeito 05).

Ah, Deus me livre! [...] Não foi fácil, não [...]. Eu fiquei doida! Vixi! [...] Eu falei “nossa, pelo amor de Deus!”. É duro. [...] A gente fica desesperada, né [...]. Não é fácil, não. Eu pensei “eu vou morrer.” (Sujeito 06).

A gente se sente acanhado. Nessa idade aqui e ter isso aí [...]. Se Deus me levasse, eu ficaria até mais contente [...]. (Sujeito 07).

O impacto da notícia do diagnóstico positivo e a convivência com HIV/AIDS, às vezes, é carregado e permeado de sentimentos tão intensos e angustiantes que o desejo de morte se faz presente.

E por aí vai [...]. Vou vivendo enganado, tô me enganando a eu mesmo [...]. Tem vez que eu penso em me jogar embaixo de um caminho [...]. (Sujeito 01).

Então, a vida da gente é desse jeito [...] a gente tem que [...] eu tô levando uma vida, até que, razoavelmente, não é das piores, não. Tem hora que dá [...] aqueles pensamentos [...]. Então você fica meio desorientado. [...] Eu já tive em situação pior. Eu já tentei até dar um tiro na cabeça e tudo. Foi logo no começo. (Sujeito 03).

A culpa é outro sentimento que surge com grande destaque nos discursos dos entrevistados, sendo vivenciada sobre diferentes vertentes. Estas são intimamente associadas às histórias de vida de cada um dos idosos estudados, especialmente no que diz respeito às relações de gênero, à forma de contágio e de conhecimento da soropositividade.

Primeiramente, destaca-se o fato de que a convivência com o sentimento de culpa aparece como um tormento, uma perturbação, acarretando desconforto.

Eu penso em tantas coisas: “porque eu fiz isso! Porque eu fui fazer? Porque eu não presto, eu fui o culpado [...] Eu vou embora! Eu vou sumir!”. E é assim, eu penso nessas coisas. Como é que eu vou tirar isso da cabeça? Não tem jeito. [...] Como é que eu faço? Então, é só chorar, chorar, chorar (suspiro). Fazer o quê? [...] (Sujeito 01).

Ah, você não consegue concentrar nas coisas boas, é difícil [...]. A gente não consegue, parece que tá sempre com aquela culpa, aquele peso na cabeça, que você aprontou, você fez isso, fez aquilo, então [...]. (Sujeito 03).

Reconhecer-se responsável pela própria condição de portador do HIV parece agravar o sentimento de culpa.

Se eu fosse de uma mulher só, ia falar que era dela [...], mas não foi, cê entendeu? [...] Então, fiquei sem saída. Fica sem saída. Vou te culpar você, que você não tem culpa? Culpar a Maria, que não tem culpa? Não posso! Fiquei assim [...]. (Sujeito 01).

Mas é difícil conseguir viver [...] Porque eu, como eu, o professor, nós sempre falava assim: “não tem que se julgar culpado”. Mas eu me sinto culpado, ué. Porque culpado fui eu de ter pegado a doença; eu saí procurando [...] Então, eu não vou culpar outra pessoa. A culpa tem que ser em cima de mim mesmo, então [...] você não tem como melhorar. (Sujeito 03).

Alguns depoimentos evidenciam uma tentativa de amenização do sentimento de culpa. Recorrem à identidade, à condição de trabalhador/provedor e de macho como alternativa para justificar a infecção e suavizar a vivência de culpa.

Quer dizer: eu fui uma vítima também. Só que, de vítima, fiz vítima [...]. Então, por isso, embora eu perdi minha esposa [...], mas eu

tenho a consciência tranquila, porque eu sempre fui um bom pai, me sacrifiquei, batalhei muito, dei tudo para eles, dei condições que eu não tive. Eu sou um cara que trabalhei desde os sete anos de idade [...]. (Sujeito 04).

Não tinha ideia nenhuma de como era, porque o meu negócio era corrido. Eu fazia essa linha de Imperatriz, chegava aqui na segunda-feira, carregava, voltava para Imperatriz, descarregava de novo e assim ia a semana toda [...]. Não tinha tempo para ouvir rádio, ver tevê [...]. Eu tinha quatro filhos para criar, educar. Então, tinha de trabalhar, ir lá e voltar e trazer dinheiro. (Sujeito 07).

A Reação da Família do Idoso Soropositivo Com a Descoberta

Os depoimentos abaixo tratam da reação da família com sentimentos antagônicos – primeiramente, rejeição e, depois, aceitação.

Ah, quando ficou sabendo, cortou relação, né? Comigo. E, graças a Deus, não pegou. [...] Meus filhos, quando ficaram sabendo [...], minha mulher, os dois [...] me mandaram embora de casa. Eu falei: “Eu vou embora, sim [...]”. [...] Aí meu filho mais velho falou: “pai, não vai fazer besteira, não. Isso é coisa da vida, isso é coisa que acontece. Fica quietinho aí”. Aí a mulher falou; “Fica aí, não tem problema, não [...] Só que você para mim acabou”. Falei: “tudo bem”, eu aceitei. Aceitei, porque eu tava errado. Eu tô errado. Aí eu aceitei. (Sujeito 01)

Aí eu falei para minha filha, minha filha ficou meio desorientada também, mas ela se acostumou. Hoje, ela me ajuda com muita coisa, falando comigo. E tem o meu filho do meio, que ele também não apavorou [...]. Ele fica meio assustado, com medo das coisas, porque não tem orientação [...]. Ficou meio com medo das

coisa, por exemplo, talheres, copos, essas coisas, coisas de casa [...]. Até que, enfim, ele caiu em si, foi ouvindo eu acho que alguma [...], a televisão explicando alguma coisa, aí ele parou de ficar meio assustado. E o caçula, até hoje, não falou nesse assunto comigo. Eu falei para a mulher dele e ela falou para ele, e ele não aceitou e não aceita. [...] E não falou comigo, e até hoje não puxou assunto. (Sujeito 05).

Minha mulher chorava o dia inteiro. Dia e noite [...]. Chorava [...]. (Sujeito 07).

O Enfrentamento do Idoso Soropositivo na Sociedade

No que diz respeito à convivência com a AIDS e em como enfrenta o fato de estar com a doença, a maioria dos entrevistados prefere manter o resultado em sigilo, tendo, quase que exclusivamente, como único confidente a família nuclear – esposa e filhos.

Então, eu procuro não deixar ninguém saber, não [...]. E só eu, vocês aqui (referindo-se aos profissionais do hospital) e lá em casa. [...]. Agora, aonde eu tô trabalhando, ninguém sabe, porque se souber dá o fim na gente lá, então [...]. (Sujeito 02).

Porque bem pouca gente sabe do meu problema [...]. A situação minha é minha esposa, meus dois filhos, uma nora sabe, a outra não sabe. Só se contaram para ela e eu não tô sabendo. E minha irmã. Por parte da minha esposa, ninguém sabe. (Sujeito 03).

De lá para cá, a gente, meus filhos sabem. Acho que minha irmã não sabe. Tem o meu irmão mais novo que não sabe, mas a maioria sabe [...]. E ela (namorada), da última vez que nós fomos, ela chegou e comentou, e eu falei para ela: “aconteceu comigo”. Mas ela não falou mais nada. Só que, mesmo assim, eu não fico

contente, eu gostaria de discutir o problema [...]. É, eu gostaria, né? Não sei [...]. Ela não fala nada. Sabe, mas eu gostaria de discutir esse problema, só que [...] toda vez que vai “Oh, pôe camisinha”. Ela fala “põe camisinha”. Quer dizer, ela exige mesmo. Então quer dizer que ela tá sabendo mesmo e sabe o risco. (Sujeito 04).

O Tratamento da Aids para os Idosos Soropositivos

Tendo em vista o caráter incurável da AIDS, o tratamento passa a ser visto como um recurso indispensável à sobrevivência. O uso de medicamentos e as mudanças de hábitos de vida são inseridos no dia a dia dos entrevistados, no sentido de alcançar uma melhor qualidade de vida. Assim, o tratamento e o autocuidado tornam-se meios de enfrentamento da doença.

Então, a minha saúde é boa, tá tudo controlado. Eu tomo os remédios tudo direitinho, sabe? Quer dizer que eu acho que [...] eu vou tocando a vida desse jeito aí até [...]. [...] Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar, ela mata [...]. Eu me alimento bem, sabe? Eu não bebo [...]. Mas se você não se cuidar, ela mata mesmo [...]. (Sujeito 02).

O que eu posso dizer, que com a minha idade que eu tô hoje, com sessenta e três anos, e com essa doença, até que eu tô indo longe demais. Porque eu tento, eu forço as coisas [...]. Então, eu evito das coisas. [...]. Eu procuro melhorar, no sentido, assim, procurar me alimentar, tomar meus remédios certo, tudo, não tomar bebida alcoólica, não fazer extravagância, para ver se a gente vai dando mais uns passos. (Sujeito 03).

Antes disso, tomava uma cerveja, uma pinga, tomava um vinho [...]. Agora já não. De quatro anos para cá, só tomo refrigerante. “Assim cê atura”, assim fala o médico, “assim, cê vai

longe”. Como na hora certa, descanso bastante, isso aí vale muito. [...]. (Sujeito 01).

Eu não tomo cerveja com álcool. Depois que eu comecei com o medicamento, parei. [...]. A única coisa que eu me preocupo é se um dia eles não fornecer mais esse medicamento, porque ele tá indo tão bem que eu tenho medo de ficar sem ele. Então, eu me preocupo, não deixo faltar, porque eu acho importante. Depende do tratamento a qualidade de vida. (Sujeito 04).

É, mudou, né? [...] Como eu disse para você, eu era baileira, né? Eu só não ia na segunda porque não tinha (risos), mas [...]. Eu larguei de ir ao baile, larguei de sair à noite para não tomar friagem, para não tomar um chuveiro [...]. Já tenho bastante idade, né? Agora, se eu não me cuidar um pouco [...]. E vivendo, eu tô vivendo bem, né? Não ligo porque eu tenho AIDS, eu só me cuido. Eu só me cuido, não faço extravagância [...]. [...] eu nunca mais tomei chuva, larguei de fumar, larguei de beber, porque eu bebia, né? Viajava [...]. Larguei tudo isso [...], procurando manter mais um pouco a minha saúde. (Sujeito 05).

No entanto, para alguns deles, parece não ter havido mudanças drásticas no estilo de vida. A condição de soropositivo é incorporada como mais um aspecto a ser vivenciado, não interferindo no modo de vida anterior ao diagnóstico.

Não, não mudou nada. [...]. Eu continuo trabalhando. E eu trabalho de um jeito que, se botar um menino no meu lugar, não faz o que eu faço. Tenho certeza que não. Se for preciso, eu pego peso [...]. Comigo não tem esse negócio de nhenhenhe, não. [...]. (Sujeito 02).

O fato de estar doente não afetou em nada meu dia a dia. Continuo fazendo tudo igualzinho antes. Não me sinto, de forma alguma, como uma incapacitada ou como doente (Sujeito 05).

Apesar dos medos e dificuldades de convivência com alguns fatores estressores do dia a dia e da própria doença, o desejo de viver e de aproveitar a vida ainda são preservados, originando sentimentos de esperança.

Mas que, para mim, eu acho que existe gente em pior situação do que eu. Então, é isso aí que eu procuro alimentar [...]. Uma esperança, e viver com essa esperança. (Sujeito 02).

Eu tô querendo aproveitar o que eu posso. O que eu posso eu tô querendo aproveitar, o máximo que eu puder. (Sujeito 03).

Então, é assim [...]. O resto eu vou forçando para levar a minha vida bem. Porque não adianta, agora, chorar pelo leite derramado [...]. Tem que lutar, né? Enquanto tá vivo, tem que lutar [...]. (Sujeito 05).

Discussão

Atualmente, grande parte do conhecimento chega à população de forma rápida e correta, porém, décadas atrás, a difusão do conhecimento não era assim. Falar de sexo e sexualidade era um assunto, praticamente, proibido. Nesse sentido, a falta de conhecimento caracteriza-se como problema.

Apesar dos idosos deste estudo afirmarem possuir informação/conhecimento sobre a doença, pôde-se constatar que não haviam percebido estar sob risco antes de se infectarem. O risco é uma combinação de fatores. Essa combinação de fatores geralmente é, em parte, a identificação de uma ameaça. Em outra parte, a identificação de uma vulnerabilidade.

Ayres *et al* (2010) dizem que as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

Nesse contexto, como se pode perceber nos depoimentos dos entrevistados, apenas informações sobre formas de transmissão e situações de risco podem ser insuficientes para a adoção de comportamentos protetores. Não basta informação, pois estar informado não significa, necessariamente, conhecer; estar ciente não significa, necessariamente, tomar medidas; decidir tomar medidas não significa, necessariamente, fazer.

Todavia, Peruga e Celentano (2003) lembram que, apesar de se ter ciência de que, no caso da AIDS, o grau de informação que um indivíduo possui sobre formas de transmissão e situações de risco não é suficiente para que passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para aumentar sua vulnerabilidade.

Com relação à categoria 'A descoberta da AIDS para idosos soropositivos', Ferreira (2002) aborda, em seu trabalho sobre violência aos direitos humanos entre indivíduos portadores do HIV/AIDS, que não é de se surpreender que, diante do diagnóstico para a soropositividade, diversas reações e comportamentos dos sujeitos possam surgir, como, por exemplo, medo da doença, vivências de culpas ou medos relacionados às respostas sociais.

Receber o diagnóstico soropositivo para o HIV acarreta, num primeiro momento, grande impacto, despertando reações e sentimentos desestruturantes e acionando mecanismos de defesa, a fim de fazer frente aos medos e angústias decorrentes do saber-se contaminado. Torna-se importante ressaltar que, apesar do espaço de tempo decorrido entre o momento da recepção do diagnóstico positivo para HIV e a data das entrevistas, os relatos ainda estavam carregados de emoção.

Sentimentos contraditórios, indiferença e descrédito são comumente evocados. A negação (ou, pelo menos, a negação parcial) é usada por quase todos os entrevistados nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação, e, ainda, em alguns casos, numa fase posterior.

A negação é explicada, por Kübler-Ross (1998), como um para-choque, depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o sujeito se recupere com

o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais. Comumente, a negação é uma defesa temporária, sendo, logo, substituída por uma aceitação parcial.

Estando a AIDS atrelada à ideia de fatalidade/morte, Figueiredo (2005) fala que essa se torna primordial para a incorporação da nova condição de soropositivo para o HIV, a forma como é dado o diagnóstico para o indivíduo.

Sendo assim, dependendo de como se diz e do tempo de que o indivíduo dispõe para conscientizar-se e assimilar a notícia de sua nova história de vida, torna-se capaz de desprender-se de mecanismos de defesa mais radicais, como a negação, para, enfim, fazer uso dos mais brandos.

Na categoria 'A reação da família do idoso soropositivo com a descoberta', percebe-se que o diagnóstico positivo para HIV traz reações não apenas ao indivíduo portador, mas também a sua família. Os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação que, em certa medida, assemelham-se aos do portador do HIV.

Nesse contexto de doença, Souza (2009) explica que cada família movimenta-se de forma singular, interpretando a situação a partir de uma percepção em que sua cultura, seus códigos e suas regras influenciam seu comportamento e o processo de comunicação entre seus membros.

Quanto à categoria 'O enfrentamento do idoso soropositivo na sociedade', Goffman (2008) define estigma como um atributo que é profundamente depreciativo e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que o possui. O autor argumenta que o indivíduo estigmatizado é visto como uma pessoa que possui uma 'diferença indesejável'. Observa, também, que o estigma é atribuído pela sociedade com base no que constitui diferença ou desvio, e que é aplicado pela sociedade por meio de regras e sanções que resultam no que ele descreve como um tipo de identidade deteriorada para a pessoa em questão, originando discriminação e preconceito.

Dessa forma, pode-se dizer que a AIDS tem 'duas dores': a dor da própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros. Assim, o medo da rejeição, principalmente no ambiente de trabalho, e o sofrimento causado pelo

preconceito e pela possibilidade de discriminação afetam de forma contundente os sujeitos desta amostra.

Sobre a categoria 'O tratamento da AIDS para o idoso soropositivo', Parker (2000) explica que, no início da década de 1980, no Brasil, a AIDS trouxe à tona, de maneira nova e assustadora, os fantasmas construídos no imaginário social sobre sexualidade e morte, sobre o desfiguramento e o enfraquecimento físico, sobre a vulnerabilidade e o risco visto na cara do outro. Mais do que qualquer outra doença da era moderna, a AIDS revelou nossa relação ainda não resolvida com a diferença e os diferentes, lembrando-nos da longa história que sempre vinculou o medo da diferença com a discriminação, o estigma e o preconceito.

Nemes (2000) observou que a história dos pacientes que aderiram ao tratamento medicamentoso é uma história de superação de dificuldades relacionadas, sobretudo, à adaptação da medicação ao estilo de vida e às questões vinculadas ao estigma da doença.

Conclusão

Na fala dos entrevistados, percebeu-se que estes não possuíam nenhum ou quase nenhum conhecimento sobre a AIDS antes de adoecerem. Todavia, observou-se que havia uma distinção entre 'ouvir falar' e ter informações corretas sobre a doença. Muitos não haviam percebido estar sob risco, caracterizando, assim, vulnerabilidade.

São várias suas representações sobre a AIDS: 'doença incurável', 'fatal', que pode levar à morte e impregnada de discriminação e preconceito. Diante do diagnóstico para soropositividade, há uma mistura de sentimentos, como: medo, indiferença, descrédito, negação, amargura, tristeza, desespero, solidão e pânico. Em alguns casos, o impacto desse diagnóstico e a convivência com o HIV/AIDS são carregados de sentimentos negativos, onde o desejo de morte se faz presente.

Percebeu-se, claramente, que o diagnóstico positivo para HIV traz reações não apenas ao indivíduo portador, mas também à sua família. Os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação que, em certa medida, assemelham-se aos do portador do HIV.

A manutenção do casamento, nos indivíduos casados, sofreu algumas alterações, especialmente no contexto sexual, havendo a recusa de um contato mais íntimo por parte do (a) companheiro (a), ou, então, uma negativa por decisão própria do portador do vírus.

O aumento dos índices de contaminação pelo HIV em idosos pode estar associado a vários fatores, entre eles: contexto sociocultural, sobretudo na área da sexualidade; mudanças demográficas que apontam para o envelhecimento populacional; inovações na área da saúde; falha nos esforços de prevenção para com esse segmento; as vulnerabilidades individual, social, programática e outras.

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842/94, foi considerada um marco na construção de ações voltadas para a atenção à saúde do idoso, como também a criação dos Conselhos Estaduais do Idoso e, posteriormente, o Estatuto do Idoso. Constata-se, então, a importância de políticas que garantam o direito a não discriminação desses idosos, especialmente para esse grupo que enfrenta sentimentos de abandono e vergonha, constrangimento, medo e sensação de ser tratado de forma (in) diferente.

Com o presente estudo, percebeu-se, portanto, a importância de se pesquisar sobre a sexualidade em idosos, permitindo atravessar as barreiras dos mitos e os tabus que esse grupo enfrenta. Isso possibilitará uma maior conscientização acerca do HIV/AIDS, além de lhes permitir sentirem-se aceitos na sociedade.

Referências

- AYRES JR, C.M *et al.* AIDS, *Vulnerabilidade e Prevenção*. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/7_congresso>. Acesso em: 19 mar. 2010.
- AZAMBUJA, K.F. *Perfil do Paciente HIV+ com mais de 60 anos no Estado do Rio de Janeiro*. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/7_congresso>. Acesso em: 28 fev. 2010.
- DÜTTMANN, A.G. *La discórdia del SIDA: cómo se piensa y se habla acerca de um vírus*. Madri: Anaya & Mario Muchnik, 2005.
- FEITOZA, A.R.; SOUZA, R.S.; ARAÚJO, M.F.M. A magnitude da infecção pelo HIV/AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza- CE. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 32-37, 2004.
- FERREIRA, A.B.H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 105-109, 2005.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- MOREIRA JÚNIOR, E.D. *et al.* Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 123, n.5, p. 234-241, 2005.
- NEMES, M. I. B (org). *Avaliação da aderência ao tratamento por antirretrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no Estado de São Paulo*. Brasília, DF: Coordenação Nacional DST/AIDS; Ministério da Saúde, 2000. (Série Avaliação, n.1). Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/avalia1/home.htm>>. Acesso em 28 fev. 2010:
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>. Acesso em: 27 mar. 2010.
- PERUGA, A.; CELENTANO, D.D. Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. *Social Science & Medicine*, Philadelphia, v.46, n.7, p.16-19, 2003.
- SOUZA, C. *Sexualidade na terceira idade*. Disponível em: <<http://www.soropositivo.org/arquivo-de-noticias/4233-a-sexualidade-na-terceira-idade.html>>. Acesso em 22 jun. 2010.
- VASCONCELOS, E.M.R.; ALVES, F.A.P.; MOURA, L.M.L. Perfil epidemiológico dos clientes HIV/AIDS na terceira idade. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v.54, n.3, p. 435-445, 2001.

Recebido para publicação em Novembro/2012

Versão final em Abril/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental

Difficulties in developing psychosocial care in extra-hospital services providing mental health care

Regina Célia Fiorati¹, Toyoko Saeki²

¹ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. reginacf@fmrp.usp.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. maryto@eerp.usp.br

RESUMO Pretende-se avaliar de que forma o modo de atenção psicossocial tem sido construído e efetivado em serviços extra-hospitalares de saúde mental, como o Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto e o Centro de Atenção Psicossocial II, do Município de Ribeirão Preto, São Paulo. Entrevistas semidiretivas e grupos focais foram realizados com 22 profissionais da saúde. O referencial teórico e a análise dos dados apoiaram-se no referencial hermenêutico crítico. Observou-se alta tecnificação das ações de saúde, centralidade da tecnologia médico-clínica em relação a outras ações terapêuticas, com ênfase na patologia e medicamento, com a secundarização de ações psicossociais; e um processo de precarização das relações de trabalho. Aponta-se a necessidade de realização de pesquisa avaliativa participativa com objetivo de criar mecanismos que favoreçam a melhoria da assistência prestada com base no modo de atenção psicossocial.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental; Serviços Hospitalares; Apoio Social; Serviços de Reabilitação.

ABSTRACT *The aim of this study was to evaluate how psychosocial care has been developed and put into effect in extra-hospital services providing mental health care, such as the Mental Health Regional Outpatient Service and the Psychosocial Care Center II, both in Ribeirão Preto, SP, Brazil. Semi-structured interviews and focal groups were conducted with 22 health workers. The theoretical framework and data analysis were based on the critical hermeneutic approach. We observed highly technique-oriented actions, a focus on medical-clinical technology at the expense of other therapeutic actions, with an emphasis on the pathology and medication scheme while low priority was given to psychosocial actions in the midst of an ongoing deterioration in labor relations. There is a need to conduct participatory evaluative studies in order to create mechanisms to improve the delivery of care based on the psychosocial care model.*

KEYWORDS: *Mental Health; Extra-Hospital Mental Health Services; Psychosocial Care, Psychosocial Rehabilitation.*

Introdução

O modo de atenção psicossocial nasceu para substituir os hospitais psiquiátricos por um modelo assistencial comunitário. Tal modelo de atenção tem seu fundamento e sua organização a partir dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica, que se iniciaram na Europa e nos Estados Unidos em fins da década de 1950 e incrementaram-se, principalmente, a partir de 1960. No Brasil, esses movimentos iniciaram-se na década de 1970, conhecendo seu auge nas décadas de 1980 e 1990. Como equipamentos de atenção psicossocial, encontram-se os serviços extra-hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Hospitais-Dia, residências terapêuticas, ambulatórios, programas de suporte social, defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e familiares (AMARANTE, 1995; COSTA-ROSA, 2000).

O CAPS foi criado com a proposta de trabalhar com uma equipe multiprofissional. Seu número de atividades deveria ser amplo o bastante para englobar, além do atendimento medicamentoso, oficinas terapêuticas e de criação, e, ainda, atividades físicas e lúdicas. Além disso, a família deveria estar inserida em todo o contexto de tratamento do paciente (MIELKE *et al.*, 2009).

Atualmente, os serviços extra-hospitalares de saúde mental formam uma rede importante na atenção psiquiátrica reestruturada. Tais serviços compõem as diretrizes centrais da política de saúde mental no Brasil, que são apontadas pelo Ministério da Saúde e orientadas pela perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2004).

Segundo Amarante (2007), essas diretrizes podem ser resumidas nas iniciativas de redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, na garantia de assistência aos pacientes egressos dos hospitais e na criação e sustentação da rede extra-hospitalar. Além disso, segundo as orientações da política de saúde mental brasileira, algumas noções devem adquirir relevância, tais como: a concepção de trabalho interdisciplinar; integralidade das ações de saúde; noções de acolhimento e escuta terapêutica; planos terapêuticos

individualizados; reabilitação psicossocial e inclusão social; e ações e parcerias construídas com ênfase em ações focadas na comunidade (BRASIL, 2004).

A realização de pesquisa em serviços extra-hospitalares de saúde mental constituiu uma ação importante para o estudo das formas atuais de organização sob as quais tais serviços vêm atuando, dos projetos terapêuticos e das ações terapêuticas disponibilizadas à clientela. Permite, ainda, avaliar de que forma a organização atual dos serviços vem contemplando os objetivos da reforma psiquiátrica brasileira, apesar das grandes diferenças no desenvolvimento e na consolidação dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, considerando-se as regiões e os municípios do País (BRASIL, 2007).

Dessa forma, o presente trabalho buscou conhecer de que forma os tratamentos na área de saúde mental têm contemplado, além da dimensão clínica, as ações psicossociais que formam as bases das orientações centrais preconizadas pela reforma psiquiátrica. E, assim, avaliar se os serviços extra-hospitalares de saúde mental têm substituído o modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial com base na interpretação das concepções de profissionais envolvidos nesses serviços.

Metodologia com base em abordagem qualitativa e participativa

A pesquisa foi realizada em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental do Município de Ribeirão Preto, São Paulo: o Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto (ARSMRP) e o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), no período de 2007 a 2009. Ambos são serviços de referência em saúde mental nesse município e nessa região. O ARSMRP é o maior equipamento de saúde mental da cidade, enquanto que o CAPS II é o único serviço de saúde mental nessa modalidade e ocupa posição central na rede de serviços dessa especialidade.

O ARSMRP atende a uma população de 330 mil habitantes oriundos das regiões norte, sul e leste do município, além de duas cidades da região, e realiza uma média de 8 mil atendimentos/ano. O CAPS II atende

a uma população de 107 mil habitantes correspondentes à região do Distrito Central de Ribeirão Preto (SP). Este equipamento não disponibilizou censo sobre estimativa de atendimentos realizados por ano.

Importante destacar que, enquanto os CAPS provêm atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, os ambulatórios de saúde mental dão suporte aos CAPS situados em território comum, atendendo aos casos de menor gravidade e realizando articulação com as equipes da Atenção Básica em Saúde. Entretanto, em cidades ou regiões nas quais não há um CAPS articulado ao ambulatório em um mesmo território, como no nosso estudo, o ambulatório deverá contemplar ação semelhante aos CAPS, atendendo aos usuários com quadros mais severos, bem como disponibilizando, além do tratamento clínico, reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001; 2007). Por isso, neste trabalho, os dois serviços foram analisados conjuntamente, por cumprirem, nesse caso, a função de responderem a semelhantes necessidades de saúde, em seus territórios correspondentes.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais diretamente ligados à assistência aos usuários. Estes formam os agentes responsáveis pela elaboração e implementação das propostas de trabalho e do projeto terapêutico do serviço. Os sujeitos constituíram-se nas seguintes categorias: auxiliar de enfermagem, enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta e gerentes (embora estes sejam médicos psiquiatras, na pesquisa, foram computados separadamente).

O estudo foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, obtendo a sua aprovação sob protocolo nº 0831/2007. Todos os participantes assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O percurso metodológico teve base em abordagem qualitativa, pois os elementos constituintes do estudo requeriam análise interpretativa, sendo de natureza ideológica, das construções históricas, da ordem do simbólico, remetendo a concepções e

significados. Como técnicas de coleta de dados utilizaram-se entrevistas semidiréticas e grupos focais.

As entrevistas semidiréticas continham eixo organizado em três questões:

1. Descreva o seu trabalho no serviço, objetivos, relacionando-o com os outros profissionais da equipe e com o projeto terapêutico.
2. Como é elaborado o projeto terapêutico do seu serviço.
3. Qual a sua concepção sobre a reabilitação psicossocial e descreva ações psicossociais presentes em seu serviço.

As perguntas eram lidas juntamente com os participantes a partir de cópia impressa disponibilizada aos mesmos.

A metodologia considerou o processo de produção do conhecimento, construído juntamente com os profissionais da saúde. Para isto, foi utilizado o referencial hermenêutico-dialético de Jürgen Habermas, o qual preconiza a construção de projetos de ação social baseados na interação dialógica entre homens e intersubjetivamente organizados de forma democrática por meio de uma simetria de posições discursivas imbricadas (HABERMAS, 1988).

Foram realizadas 19 entrevistas com os seguintes profissionais: 4 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiras, 2 psicólogas, 2 terapeutas ocupacionais, 3 assistentes sociais, 1 musicoterapeuta, 3 psiquiatras e 2 gerentes.

Após a análise do conteúdo temático contido nos depoimentos, os dados foram agrupados em categorias analíticas. Dentre elas, as que se sobressaíram foram: o trabalho tecnicado e centrado no núcleo de competência especialista; a predominância da tecnologia médico-clínica sobre outras ações terapêuticas; a indefinição que cercava o processo de elaboração e gestão do projeto terapêutico; precarização das relações de trabalho; e a carência de ações de reabilitação psicossocial.

Essas categorias foram apresentadas aos grupos focais e foi traçado um eixo centralizador para a discussão, que indagava por que, nos serviços, o tratamento disponibilizado baseava-se principalmente na ação médico-psiquiátrica, em detrimento da reabilitação psicossocial.

Os 19 profissionais que participaram dos grupos focais, em sua maioria, foram os mesmos que participaram das entrevistas, com exceção de 2 auxiliares de enfermagem e 1 musicoterapeuta, que não estavam presentes no serviço, no dia da realização do grupo focal, e de 1 enfermeiro, 1 psicólogo e 1 psiquiatra, que foram incluídos nesta etapa.

A análise dos dados se deu com base na filosofia hermenêutica dialética de Jürgen Habermas, apoiada na interpretação e na compreensão das construções discursivas e concepções dos autores-sujeitos da pesquisa, e não uma análise apoiada na descrição de fatos e explicação de fenômenos (HABERMAS, 1987; 1988).

Resultados e discussão dos dados: uma análise interpretativa reconstrutiva

A análise dos dados nos serviços pesquisados mostrou os seguintes resultados: atenção com ênfase na tecnicização do trabalho e no centramento das ações profissionais nos núcleos de competência, em detrimento de um campo interdisciplinar; predominância da tecnologia médico-clínica sobre outras ações terapêuticas, com base na supervalorização da terapêutica medicamentosa e na subvalorização de ações de reabilitação psicossocial; ausência de uma organização entre as equipes no sentido de elaborarem projetos terapêuticos coletivos e interdisciplinares; e precarização das relações de trabalho gerada no contexto das orientações das políticas de saúde mental municipais. Além disso, percebeu-se que as concepções sobre a reabilitação psicossocial ressaltavam a ideia predominante de um processo de adaptação a condutas sociais normatizadas e como função externa aos serviços. Vejamos cada um dos pontos resultantes da pesquisa a seguir.

A tecnicização do trabalho nos serviços foi ressaltada por meio da percepção dos profissionais concentrados sobre o núcleo de competência de suas profissões. Tal fato foi representado pelo conjunto de conhecimentos e técnicas que demarcam um determinado campo profissional.

[...] algumas atividades, você sendo um profissional, você tem a aprovação para fazer aquilo de acordo com sua formação. Por exemplo: um psicólogo chega aqui, ele já sabe que ele vai fazer psicoterapia; o médico chega aqui, ele já sabe que vai fazer um atendimento médico, porque tem uma estrutura já pré-conversada... É exatamente isso: o atendimento médico, atendimento psicoterápico, psicoterapia de apoio e terapia ocupacional – são profissionais habilitados pra fazerem o que estão aqui pra fazerem. (Entrevistado nº 11, serviço nº 1).

No meu caso, eu tenho que fazer os atendimentos clínico-medicamentosos, então, eu acabo sendo focado para aquilo. Não tenho tempo pra pensar em outras coisas, fico focado naquilo que é estritamente necessário. (Entrevistado nº 12, serviço nº 2).

Esse núcleo de competência contém, essencialmente, um conjunto de técnicas apreendidas como procedimentos constantes de intervenção frente a determinados eventos previamente estudados e classificados segundo critérios pré-estabelecidos. Nota-se que os profissionais se restringem à aplicação de técnicas que refletem sua especificidade profissional. Isto faz com que um campo interdisciplinar de atuação ampla apoiada em um projeto terapêutico da equipe não seja construído. Consequência disso é a não integralidade das ações de saúde e o desconhecimento de situações que a realidade empírica apresenta em determinados momentos como as necessidades específicas dos usuários referentes à organização de suas vidas cotidianas, diante das quais essas técnicas fechadas em seu núcleo se mostram insuficientes para uma resposta efetiva (CAMPOS, 2000a).

A formação profissional na área da saúde, voltada para o modelo biomédico e individualizante, herdeiro das instâncias da produção e estabelecimento do conhecimento positivo sobre processos de saúde-doença, produz técnicas precisas e objetivas voltadas para a abordagem do sujeito em seu processo de adoecimento (AYRES, 2001). Entretanto, o fenômeno de imposição de uma racionalidade instrumental e técnica sobre

outra formada na interdisciplinaridade e na dialogicidade entre os participantes de um projeto de ação é percebido como um fenômeno cultural na sociedade contemporânea. Segundo Habermas (1987), a sociedade contemporânea é marcada pela imposição de uma racionalidade instrumental sobre outra comunicativa. A racionalidade instrumental, tecnificada sobre todos os aspectos, impede que acordos linguisticamente mediados sejam estabelecidos na produção de projetos sociais, destituindo a possibilidade da formação de consensos éticos, fundados na dialogicidade e em relações democráticas entre os homens.

A cultura, apoiada em um processo de despoliticização, é legitimada por uma consciência tecnocrática, sendo, ao mesmo tempo, uma auto-objetivação dos homens em categorias que fusionam a ação dirigida a fins, a instrumental, e os comportamentos adaptativos. Os modelos reificados da ciência invadem o mundo vivido sociocultural e adquirem um poder objetivo sobre a autocompreensão (WIGGERSHAUS, 2006).

Outro fato observado nos serviços pesquisados, e que também se mostra como consequência da discussão acima, é a organização do trabalho centrado na tecnologia médico-clínica, sendo predominante a reprodução da tecnologia médica como matriz técnico-ideológica. O tratamento disponibilizado aos usuários enfatiza as consultas médico-psiquiátricas, o diagnóstico, o tratamento psicopatológico e o seguimento medicamentoso. Portanto, o trabalho do profissional médico funciona como organizador central em relação aos outros profissionais não médicos, de tal forma que o tratamento médico é considerado dentro de uma dimensão de necessidade absoluta e imprescindível. Já as outras atividades terapêuticas são vistas em um campo de possibilidades, condicionadas a recursos materiais e humanos, mas não necessariamente presentes nos serviços. As falas observavam isso:

Qual o nosso objetivo ao fazer a visita domiciliar? Ver se o paciente está seguindo o tratamento que, infelizmente, é em cima de um tratamento medicamentoso (Entrevistado nº 6, serviço nº 1).

E essa coisa de triagem também cansa, você fica todo o tempo tentando convencer... A gente ficou 10, 12 anos tentando dizer pras coordenações, pros médicos que era importante ter outros profissionais na triagem, que outros profissionais têm condições, podem fazer, mas, sabe aquela coisa?, passar do modelo médico pra outra coisa. O modelo médico é muito forte, não só dentro dos médicos, mas em nós também, os profissionais de saúde, especialmente, os médicos, enfermeiros, que têm aquilo enraizado. (Entrevistado nº 2, serviço nº 2).

Nos serviços pesquisados há, portanto, uma sobreposição da racionalidade instrumental sobre a racionalidade prática. A racionalidade hegemônica na sociedade ocidental e que norteia as práticas médicas é a instrumental, pois fundamenta sua tecnologia no sistema científico de conhecimento positivo, das ciências biológicas, universais e generalizáveis, sob todos os aspectos, e constroem determinadas técnicas e instrumentos cuja finalidade é o êxito técnico da cura. Ao contrário, a reabilitação psicossocial se dá segundo uma racionalidade prática, ou seja, ocorre no terreno dos contextos das necessidades de saúde psicossociais dos usuários, que se relacionam a aspectos culturais, econômicos e políticos das relações humanas.

Os profissionais dos serviços avaliados demonstraram que não há um projeto terapêutico com uma filosofia primordial norteadora das ações e objetivos centrais do atendimento nesses locais. Percebe-se que as equipes têm se demitido da função de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos e admitido orientações prontas advindas dos órgãos gestores, municipais ou de outras esferas do poder, ou, ainda, guiado suas ações profissionais com base nas disposições técnicas e tecnologias próprias as suas especialidades.

Não acho que tenha um projeto terapêutico... Acho que é o que vem da secretaria. Já vem pronto e a gente vai organizando aqui... (Entrevistado nº 3, serviço nº 1).

Nos já tivemos muitos projetos terapêuticos... Hoje, acho que cada um trabalha dentro de seu rol de atividades específicas de sua profissão.
(Entrevistado nº 10, serviço nº 2).

Entende-se por projeto terapêutico todo o plano que designa o modo operacional de uma determinada equipe de profissionais. Esse planejamento tem como referencial determinadas necessidades de uma clientela, as quais, cruzando com formas determinadas de compreensão de cuidado e atenção, vão gerar ações em forma de trabalho. Ou seja, um projeto terapêutico é o conjunto de ações que se configura como resultado da interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, refletindo uma determinada filosofia de trabalho (MERHY, 2000).

O projeto terapêutico pode ser avaliado como um tipo de consenso fundado, o qual foi descrito por Habermas (1988) para designar o processo de entendimento mútuo entre os homens. Este seria linguisticamente mediado com a finalidade de coordenação da ação social, obtido em processo de argumentação que permite aos participantes levar às últimas consequências o princípio da dúvida radical; e livre de quaisquer formas de coação e violência, caracterizado pela liberdade da crítica e do debate, que pode, inclusive, levar à revisão ou à superação de sistemas fundados em determinados marcos teóricos ou institucionais. E, ainda, que todos os participantes da discussão instaurada tenham chances simétricas com relação à escolha, à elaboração e ao proferimento dos discursos e na assunção de papéis em uma verdadeira situação dialógica. Segundo o autor, se essas condições forem observadas, se assume metodologicamente um interesse emancipatório da espécie humana, isto é, uma situação comunicativa ideal geradora de consenso fundado verdadeiro, no qual todos os participantes sejam interessados, protagonistas, livres e iguais.

Assim, se pensarmos o projeto terapêutico como um tipo de consenso fundado, percebemos a necessidade dessa constituição dialógica enquanto terreno básico e norteador do processo de construção do projeto, segundo o marco teórico-prático do princípio da

integralidade e das ações ampliadas nos serviços de saúde mental. Para constituir-se tal situação dialógica, é necessário, contudo, que existam indivíduos atuando no papel de sujeitos agenciadores desse projeto. Para Campos (2000b), faz-se necessária a constituição de coletivos humanos democraticamente organizados e com a produção e o fortalecimento das subjetividades.

No entanto, outro fato deve ser considerado para a realização desse projeto, que é a precarização das relações de trabalho. Nos serviços pesquisados, evidenciou-se certo processo de sucateamento de suas condições de funcionamento. Os espaços físicos não são adequados e, no caso do ambulatório, é inapropriado. Há carência prolongada e contínua de recursos materiais e humanos, e os profissionais veem-se frequentemente sobrecarregados, assumindo tarefas não diretamente ligadas às suas funções e realizando atividades de forma mecanizada, sem observar as reais necessidades de saúde e sociais da clientela. Não se observam, contudo, ações decorrentes das políticas de saúde mental do município que busquem uma resolubilidade da problemática evidenciada. Ao contrário, nota-se que tal situação foi gradativamente instaurada nos últimos anos como consequência da orientação das políticas de saúde mental do município, a qual parece estar alinhada a posições favoráveis ao aumento de leitos hospitalares em detrimento do fortalecimento das equipes e da organização do trabalho nos serviços extra-hospitalares de saúde mental.

Um fato interessante ocorreu quando uma pequena parte dos profissionais que atuam nos serviços pesquisados e que pertenceram aos movimentos de reforma psiquiátrica conceberam a reabilitação psicossocial como dispositivo vital nos serviços e atentaram para sua desvalorização frente às ações terapêuticas desenvolvidas. Entretanto, a maior parte dos profissionais, ingressada mais recentemente nos serviços, apresentou uma concepção de reabilitação psicossocial como método de aproximação do portador de sofrimento psíquico das condutas normatizadas e dos papéis sociais adequados, ou, em outros casos, como ações que não integram o rol de funções dos serviços de saúde mental, devendo ser remetidas a outros equipamentos de atendimento que não sejam, especificamente, para tratamento das doenças mentais.

Como consequência imediata, vê-se que ações de reabilitação psicossocial não são realizadas nos serviços estudados, pois demandam orientação e investimento opostos aos que estão sendo valorizados e efetivados. A reabilitação psicossocial é uma abordagem que surge das novas propostas reordenadoras da atenção em psiquiatria após os movimentos de reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, e que se caracteriza por direcionar as ações de saúde, nos serviços extra-hospitalares de saúde mental, no sentido de aproximar as experiências existenciais decorrentes do adoecimento mental dos espaços físicos, socioculturais e de legitimidade cidadã da sociedade (BARROS *et al*, 2007).

O modelo da atenção psicossocial: tratamento e inclusão social

Para contemplar um projeto terapêutico interdisciplinar em saúde mental, hoje, é necessário apoiar-se em um modelo de atenção psicossocial que inclua ações de tratamento de caráter clínico e as de reabilitação psicossocial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Sendo assim, aponta-se a necessidade de uma pesquisa avaliativa nesses serviços, coordenada por acadêmicos, órgãos científicos fomentadores de pesquisa e pelo Ministério da Saúde, com a participação dos agentes imbricados, como usuários, familiares, profissionais e gestores.

Essa avaliação poderá fornecer subsídios para a resolução de problemas relacionados à organização das atividades de cada profissional, com ênfase em mudanças nas abordagens conceituais e práticas, na melhoria da assistência aos usuários, na tomada de decisões no setor e na transparência no uso de verbas públicas. Além disso, as avaliações servem para a elaboração de programas e projetos, e como material de apoio às políticas públicas. Estas também podem ser utilizadas para o acompanhamento dos processos, resultados e impactos de determinadas ações (TANAKA; MELLO, 2004; KIRSCHBAUM, 2009).

Ressalta-se a necessidade, contudo, da pesquisa avaliativa em saúde mental incluir metodologia qualitativa com base em abordagem participativa, pois, nesse campo, há forte presença de conteúdos simbólicos e políticos imbricados, além de possibilitar a inclusão e a responsabilização de todos os agentes inseridos e envolvidos nos

serviços extra-hospitalares de saúde mental, maximizando as modificações efetuadas a partir dos resultados (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

Considerações Finais

A realização dessa pesquisa mostrou como determinadas problemáticas têm-se colocado na base do processo de construção de um novo paradigma relacionado à concepção e à atenção em saúde mental, o modo de atenção psicossocial.

As formas de cuidado ainda refletem a terapêutica médico-clínica e medicamentosa, de caráter estritamente biológico e curativista, desvalorizando ações de reabilitação psicossocial, cuja finalidade principal é a ressignificação existencial do adoecimento mental, a criação de novas formas de vida, a inclusão social e a promoção de saúde.

Assim, vimos que a implantação do modelo psicossocial encontra algumas barreiras, principalmente, no que diz respeito à elaboração e à gestão de projetos terapêuticos interdisciplinares que visem à integralidade das ações de saúde.

Os principais obstáculos, segundo os profissionais avaliados, originam-se das orientações fornecidas pelas políticas públicas no campo da saúde mental e administrativas ao nível da esfera municipal, que destoam das preconizações da Política Nacional de Saúde Mental. Estas últimas refletem os objetivos da reforma psiquiátrica brasileira, dando ênfase a um projeto de atenção psiquiátrica reformulada, com base no modelo de atenção psicossocial.

Nessa perspectiva, vê-se a necessidade do desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa nos serviços extra-hospitalares de saúde mental do município de Ribeirão Preto (SP), buscando-se caminhos de resolubilidade para os impasses organizacionais e assistenciais. Além disso, é de extrema importância que se considere a visão dos diversos agentes imbricados nesses serviços, como usuários, familiares, profissionais e gestores, e que se possa propor transformações na assistência prestada, buscando a efetiva implantação do modelo de atenção psicossocial.

Referências

- ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, maio/ago. 2001.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-67, 2001.
- BARROS, S. et al. Innovative practices for health care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, n. 41, p. 815-819, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Presidência da República. *Lei Federal no 10.216, 06 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 13 nov. 2012
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos, a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000b.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1987.
- _____. *Teoría de La acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1988.
- KIRSCHBAUM, D. I. Nursing agents' perceptions on their work in mental health with psychotic patients in a psychosocial community center. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, n.17, p. 368-373, 2009.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, n. 4, p. 109-116, fev.2000.
- MIELKE, F. B. et al. Mental care delivered in psychosocial care centers (CAPS) from the viewpoint of the professionals. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 159-164, 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental tecnológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.
- TANAKA, O. Y.; MELLO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP, 2004.
- WIGGERSHAUS, R. *A Escola de Frankfurt: história, desenvolvimento teórico, significação pública*. Rio de Janeiro: DIFEL, 2006.

Recebido para publicação em Novembro/2012

Versão final em Junho/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?

Psychiatric Care reform and mental health workers – Change in whose interest?

Jamila Zgiet¹

¹ Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil. jamilazgiet@gmail.com

RESUMO O artigo aborda a reforma psiquiátrica na perspectiva dos trabalhadores da saúde mental, entendendo-a como estratégia capaz de garantir melhor atendimento às demandas dos usuários e melhores condições de trabalho aos servidores. Parte-se do pressuposto de que um serviço de saúde mental baseado nos princípios da reforma psiquiátrica dispõe de trabalhadores mais satisfeitos e mais saudáveis. O presente artigo se baseia em uma pesquisa de mestrado realizada no Distrito Federal, dando ênfase a grupos focais compostos por trabalhadores da saúde mental, desenvolvidos no único hospital psiquiátrico da unidade da federação e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Verificou-se, a partir da análise de conteúdo, que o ambiente manicomial provoca ou contribui para o sofrimento e o adoecimento mental dos trabalhadores.

PALAVRAS CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Trabalho em Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT *This article addresses psychiatric care reform from the perspective of the mental health workers, viewing it as a strategy to guarantee better response to user demands and better working conditions. It builds on the premise that a mental health care service based on the principles of psychiatric care reform will lead to a more satisfied and healthier work force. This article is based on master's degree research conducted in the Brazilian Federal District with focus groups composed of mental health workers from the only local psychiatric hospital and a Psychosocial Care Centre (CAPS). Content analysis led to the conclusion that the psychiatric hospital environment caused or contributes toward the mental sickness and suffering of the workers.*

KEYWORDS: *Psychiatric Care Reform; Health Work; Mental Health.*

Introdução

Este artigo é fruto de pesquisa realizada durante mestrado em Política Social no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. A dissertação foi defendida em setembro de 2010, sob o título ‘Reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os obstáculos ao processo de implementação’. Durante a elaboração da pesquisa, não se buscava qualquer aproximação à questão da saúde dos trabalhadores da saúde, uma vez que se tinha como objetivo compreender os fatores que apareciam como obstáculos à adoção real da política de saúde mental brasileira pelo Distrito Federal (DF). A unidade da federação vem sendo considerada a mais atrasada na substituição de serviços manicomial por centros de atenção psicossocial e outros equipamentos preconizados pela reforma psiquiátrica no Brasil. Isso fica claro no nono número da publicação ‘Saúde mental em dados’, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), em que o Distrito Federal aparece com uma cobertura de 0,21 CAPS para cada 100 mil habitantes, abaixo de todas as outras unidades da federação.

A relação entre o tema e os trabalhadores da saúde mental é evidente, pois são estes os profissionais que devem colocar em prática o que consta na legislação. O trabalho em saúde mental é, geralmente, um desafio, pois é marcado por frustrações que vão da cronificação do quadro do usuário cuja doença se pretende tratar até a impossibilidade de controle do processo de trabalho. A forma como os serviços são organizados e a expectativa quanto à relação dos servidores com os pacientes também são fatores capazes de corroborar as dificuldades do cotidiano dos profissionais.

Considerações sobre o método

A realidade nacional é muito diversa quanto à implementação da reforma psiquiátrica, e o Distrito Federal apresenta-se em desvantagem importante, o que convida a pensar a possibilidade de uma incongruência entre a proposta local e a Lei Federal, nos sentidos político, prático e ideológico, o que resulta, dentre

outros fatores, de conflitos de interesses entre formuladores, gestores, profissionais, familiares e usuários desses serviços.

Parte-se do pressuposto de que a saúde, sendo uma política social pública, é produto de relações contraditórias entre cultura e história, Estado e sociedade, capital e trabalho, liberdade e igualdade. Essa política é entendida como mais do que provisão e alocação de recursos pelo Estado para sua aplicação sobre a sociedade. É, assim, fruto de escolhas e decisões que ocorrem na arena conflituosa de poder, tendo também, como política de ação, perfil, funções e objetivos próprios (PEREIRA, 2008).

Dessa forma, alguns fatores não podem ser deixados de lado na análise proposta: a configuração histórica e estrutural da elite política e sua influência na elaboração e na implantação das políticas; a participação dos demais atores (especialmente, familiares e profissionais) no processo de formulação, implementação e avaliação das ações; os conflitos entre os atores políticos; a legislação em vigor e sua evolução; a relação entre a política de saúde mental e a política de saúde, e entre esta e as demais políticas; além das teorias e dos paradigmas orientadores das ações na área. A pesquisa que originou este artigo pretendia verificar como esses aspectos vêm sendo construídos e organizados no Distrito Federal e de que forma afetam a política de saúde mental atual.

A partir dos fatores considerados fundamentais na análise de políticas sociais e da forma como se apresentam no caso da política de saúde mental – em especial, no contexto atual, de reforma do paradigma orientador de suas ações –, consideraram-se hipóteses de resultados para a pesquisa: (a) a existência de conflitos entre os subsectores da saúde, em uma competição por recursos, no âmbito da gestão na esfera local; (b) a resistência de algumas categorias profissionais, principalmente dos médicos psiquiatras, às propostas de reforma encaminhadas pelo governo federal; (c) baixa politização do assunto nos espaços comuns aos familiares e aos usuários, e na mídia, perceptível no baixo número de organizações e manifestações da sociedade civil para reivindicar e defender os direitos desse grupo; (d) a manutenção do chamado “manicômio

mental” (PÈLBART, 1991) por gestores e profissionais de saúde e pelos próprios familiares, o que representa o campo ideológico resistente às mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica.

A resistência que se esperava observar entre médicos e outros profissionais e familiares não diz respeito somente a um aspecto subjetivo de rejeição às modificações ou discordância quanto aos seus princípios. Ao contrário, acreditava-se que ela fosse influenciada diretamente pela implementação equivocada e incompleta do novo modelo de atenção à saúde mental. Também se imaginava que entre os profissionais militantes ou defensores da reforma psiquiátrica houvesse uma elaboração crítica a respeito da lei e do que tem sido considerado ideal nessa política, além de uma visão diferenciada a respeito de sua implementação no DF, de modo que ficassem aparentes os verdadeiros obstáculos à concretização do novo formato de atenção à saúde mental.

Considerando ser a metodologia “o caminho e o instrumento próprios de abordagem de realidade” (MINAYO, 1993, p. 22), faz-se necessário construí-la conforme o objeto que se pesquisa. A pesquisa social reflete posições frente à realidade e, nela, o objeto tem consciência histórica (MINAYO, 1993).

No campo metodológico, busca-se uma aproximação dialética, a partir da compreensão histórica não linear da realidade, em que as condições materiais determinam as ideias. Demo (1995) lembra que a história, mais do que representar um contexto para um fenômeno, o explica. “Toda formação social, movida por conflitos estruturais, produz necessariamente (forma) uma nova (história)”, o que permite que se afirme que “o histórico é estrutural” (DEMO, 1995, p. 121).

A pesquisa aqui apresentada tem maior afinidade com o que Bulmer (*apud* DEMO, 1995) chama de pesquisa estratégica, a qual, segundo o autor, utiliza os instrumentos da pesquisa básica, mas tem a ação como finalidade e é orientada para os problemas da sociedade. Enfoca aspectos da realidade de modo a ser útil para o conhecimento e a avaliação de políticas, inclusive a de saúde.

As fases da pesquisa envolveram análise teórica e documental, grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observação. A elaboração textual da dissertação

ocorreu ao longo das fases, com tempo específico para isso ao final da investigação empírica. A análise teórica e documental compreendeu a leitura e a seleção de suporte teórico à pesquisa. Essa fase esteve em curso desde o início da elaboração do projeto, principalmente no que se refere à saúde mental e à reforma psiquiátrica, mas também foram utilizadas produções teóricas do campo das políticas sociais e da política de saúde.

A realização de grupos focais foi precedida por uma aproximação dos locais cujos profissionais e/ou usuários foram convidados a participar. A escolha do método dos grupos focais se deu pela sua capacidade de abranger mais instituições e atores sociais, além de confrontar pontos de vista a partir da experiência dos participantes. Por meio dele, é possível enfatizar a interação em detrimento do monólogo obtido em entrevistas.

*[...] a pesquisa com grupos focais tem por objetivo captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível com outros métodos. (MORGAN, KRUEGER *apud* GATTI, 2005, p. 9).*

Não se deve confundir grupo focal com entrevista coletiva. Segundo Kitzinger (*apud* GATTI, 2005), o interesse não é somente “no que as pessoas pensam, mas em como pensam e porque pensam assim” (p. 39).

Os temas abordados nos grupos de profissionais foram:

- A psiquiatria diante das outras especialidades médicas (remuneração, poder, demanda);
- O papel da psiquiatria na instituição;
- Saúde mental em relação a outras áreas de atuação (fatores positivos e negativos de se trabalhar com saúde mental);
- Relação entre as categorias profissionais (fatores positivos e negativos da realização de trabalho multiprofissional);
- Diferença entre os serviços prestados em saúde mental no Distrito Federal (compreensão

de como os profissionais veem o serviço em que estão inseridos considerando a reforma psiquiátrica);

- Dificuldades encontradas no trabalho;
- Opinião sobre a proposta de reforma psiquiátrica da Lei nº 10.216/01;
- Concepção do momento político no Distrito Federal e da atuação estatal no setor saúde;
- Engajamento em movimentos sociais.

Para a elaboração da dissertação, concomitantemente aos grupos focais, foram realizadas entrevistas com representantes de entidades não contempladas nos grupos, como a Gerência de Saúde Mental (GESAM), sendo que foram entrevistados o gestor atual e outro da época em que a GESAM ainda era Coordenadoria de Saúde Mental – COSAM, no período em que foi aprovada a Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001). Por fim, e com o objetivo de tratar do assunto sob vários pontos de vista, foram contatados representantes do Movimento Pró-Saúde Mental e da Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr). A APBr, entretanto, não respondeu a nenhuma das solicitações de participação na pesquisa, que foram feitas via fax, telefone e e-mail (institucionais e pessoais) para o diretor atual da entidade, durante o período de um ano. Assim, foram analisados os números do *Jornal Brasiliense de Psiquiatria* disponíveis no site da associação.

Neste trabalho, serão tratadas as falas dos profissionais participantes dos grupos focais realizados, considerando principalmente seus vínculos institucionais: o único hospital psiquiátrico público do DF ou o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambos localizados em Taguatinga, região administrativa do DF. O hospital continua em funcionamento, mesmo havendo lei local de 1995 proibindo a existência de hospitais especializados em psiquiatria vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1999. Há pronto-socorro e internação, com capacidade para 120 pessoas, entre homens e mulheres, além de servi-

ços ambulatoriais, de hospital dia e um programa que realiza acompanhamento domiciliar.

Os grupos focais contaram com a participação de profissionais de nível superior, convidados e estimulados a discutir o assunto. Iniciou-se com as impressões obtidas no grupo focal realizado no hospital psiquiátrico. Em seguida, foram abordadas as discussões expressas no grupo do CAPS. Por fim, buscou-se relacionar as informações entre si e com a produção teórica existente e construída na dissertação mencionada.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob o número 213/09, e foi aprovado no parecer 192/09, emitido em 12 de agosto de 2009. Para a garantia dos direitos e para o respeito aos aspectos éticos, na cessão de entrevistas e participação em grupos focais, foi utilizado termo de consentimento livre e esclarecido para cada participante, em duas vias, com assinatura do participante e da pesquisadora.

Ser trabalhador de um hospital psiquiátrico em tempos de reforma

O grupo focal realizado no único hospital especializado em psiquiatria do Distrito Federal teve a participação de quatro servidores de nível superior, sendo uma psiquiatra, dois psicólogos e uma enfermeira. O debate desenvolveu-se melhor nesse grupo, que foi menor, do que em outros, que contaram com a participação de até dez pessoas. Houve muita dificuldade na mobilização de pessoas para comporem o grupo focal no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Isso se deveu, principalmente, ao horário de trabalho dos profissionais, que não permitia pausas para a participação na pesquisa. Houve também resistência das pessoas em participar, sob a justificativa de que desconheciam a reforma psiquiátrica.

Os servidores do grupo focal em discussão foram questionados a respeito do papel do psiquiatra na instituição e informaram tratar-se de uma prática médica tradicional, que guia o funcionamento do hospital. Essa opinião foi compartilhada por todos os

profissionais. A prática médica no local resumir-se-ia, portanto, a

[...] medicar, controlar [...] ligando os sintomas com patologias. [...] eu sou o médico. O paciente chega com sintomas e acaba se enquadrando numa patologia e daí para o tratamento medicamentoso ou alguma coisa a mais, sem abrir muito o leque para ver outras questões daquele indivíduo. [...] O nosso papel aqui é determinar como é que esse hospital tem que funcionar. [...] Tudo está em função do médico.

Outro servidor complementa:

[...] é o papel tradicional do psiquiatra num hospital psiquiátrico. São plantões, internação, ambulatório. A grande massa de atendimentos está nesses serviços tradicionais.

Outra reitera: “O que a gente vê é ainda aquele modelo antigo”. Os profissionais demonstram conhecer a proposta de reforma psiquiátrica e, em suas falas, o termo ‘antigo’ aparece como sinônimo de ‘manicomial’.

Ao abordar a questão do trabalho interdisciplinar, as participações levam a crer que a centralidade no médico não diz respeito somente à organização dos serviços, mas a decisões importantes nos níveis gerencial e terapêutico. Um exemplo é a definição do momento da alta dos pacientes internados:

Só sai de alta se não tiver mais delírio. Aí, fica aqui até 40 dias. [...] não é muito o que eu vejo, mas se tivesse essa decisão compartilhada da alta, poderia até reduzir [o tempo de internação], porque cada profissional, na sua área, poderia ver os pontos positivos para o paciente ficar em casa.

Uma participante do grupo afirma que os profissionais têm dificuldade em trabalhar em equipe, e que “acaba cada um no seu quadradinho”. Outro, por seu turno, diz enxergar “uma corporação do saber, uma dificuldade de interação dos conhecimentos”.

A esse respeito, Franco Basaglia (1985) apresenta uma avaliação da hierarquia necessária ao funcionamento da instituição psiquiátrica tradicional, discutindo, inclusive, a relação interprofissional. Para isso, se utiliza do exemplo de Gorizia, na Itália, em 1961. A realidade relatada pelo autor é compatível àquela relatada pelos profissionais no grupo focal.

A contradição fundamental entre a instituição como mecanismo e o doente enquanto objeto de cura, esta sim, faz com que o poder esteja totalmente localizado no primeiro dos dois termos; as características de sua distribuição, entretanto, são – e em Gorizia eram – complexas e contraditórias. Acima de tudo, por mais articulada e estratificada que seja a hierarquia da autoridade interna, existe e atua uma solidariedade homogênea entre os vários níveis, baseada na concordância objetiva quanto aos fins operativos institucionais: médicos e pessoal de apoio, todos depositários consentâneos de um mesmo mandato social de cura e custódia, e parte integrante de um mesmo mecanismo funcional, agem de maneira solidária e unânime, cada um com seu modelo técnico, na intenção de atingir e conservar o objetivo institucional. A posse em comum do mesmo objeto de exercício do poder – a massa dos doentes – facilita a distribuição das funções hierárquicas entre as diversas categorias profissionais e no interior das mesmas. Assim, o doente é o único intermediário, passivo, da comunicação operativa entre as diversas categorias [...]. No mais, essas categorias permanecem fechadas em seus interesses corporativos e dentro dos parâmetros sócio-culturais das respectivas castas. (BASAGLIA, 1985, p. 159-160).

Assim, o autor considera que, apesar da centralidade do médico psiquiatra, os servidores da instituição contribuem de alguma forma para a manutenção da ordem encontrada no hospital. Vale ressaltar que a lógica institucional se perpetua apoiada na alienação

dos trabalhadores, inconscientes do todo ao qual a sua prática pertence, ou mesmo no seu desejo explícito de manter a organização tradicional do estabelecimento. A relação entre os profissionais se dá, portanto, por meio dos pacientes, que, em alguns momentos, colocam desafios à equipe, bem como a necessidade de tomada de decisões. Não há, no entanto, reuniões periódicas, discussão de casos e atividades com a participação de mais de uma categoria profissional. Embora os profissionais reconheçam a importância das outras categorias, evitam extrapolar o que é sua atribuição típica.

Ressalvadas as exceções, a psiquiatria no HSVP é a mesma criticada pelos pensadores do tema nos anos 1970 e 1980; mantém uma prática centralizadora, com foco no modelo biomédico, distante das propostas da chamada reforma psiquiátrica.

A forma como os profissionais são cobrados também influencia a qualidade do trabalho prestado. Os médicos, como destacou uma servidora, têm a obrigação de atender um número mínimo de pacientes por turno de atividade no ambulatório. Isso faz com que eles se apressem em atender esse mínimo no menor tempo possível, para deixar o local. Há uma preocupação da Secretaria de Estado de Saúde com a quantidade de atendimentos. Não há meios de avaliação do serviço que considerem a percepção dos usuários, assim como não há índices em busca da qualidade do atendimento.

A relação entre os servidores de diferentes categorias também sofre com essa forma de cobrança dos médicos, uma vez que os outros profissionais não têm a opção de gerar a produtividade mínima ao invés de cumprirem uma carga horária predefinida. Isso indica que a comunicação já parte de patamares diferenciados, em que o médico ocupa posição privilegiada.

O ambiente hospitalar psiquiátrico, cujo cenário é composto de grades, enfermarias cheias, barulho incômodo e odor que remete à insalubridade, contribui muito para a insatisfação dos profissionais. Esse cenário somado aos personagens – usuários, familiares e trabalhadores – na relação já exposta acima cria condições favoráveis à difusão do sofrimento entre todos.

Ao serem questionados sobre a diferença entre trabalhar com saúde mental e trabalhar em outras áreas da saúde, os participantes da pesquisa seguiram um

raciocínio que privilegiou a expressão das dificuldades encontradas nesse campo de atuação. Um deles trouxe à tona uma angústia quanto à organização institucional e à própria demanda do serviço de saúde mental.

[...] eu acho que o impacto da saúde mental é muito violento para os profissionais. É uma coisa angustiante. No serviço público, as pessoas estão por concurso, não é uma coisa de muita opção [...] Eu acho que tem dois tipos de angústia: a do sofrimento psíquico em si, que ele provoca no profissional de saúde, e a angústia da organização do serviço, no tipo, na equipe de organização do serviço. No hospital, você assume a responsabilidade sobre o paciente – isso acontece em qualquer hospital –, o cuidado é de responsabilidade do profissional, mas na saúde mental, a demanda do paciente psiquiátrico é mais angustiante do que em outras clínicas. [...] a demanda do paciente psicótico é a demanda da loucura, uma coisa desorganizada que nem é explícita necessariamente e coloca em xeque a sanidade mental do cuidador.

Na perspectiva dos servidores do hospital psiquiátrico, a angústia mencionada se deve ao fato de o campo de atuação ser a saúde mental e não ao local de trabalho. Isso é corroborado pela fala de outra profissional, que abordou as diferenças na prática médica e a frustração em relação ao prognóstico do paciente: “[...] tem que lidar com uma frustração nesse sentido: receber a pessoa e, às vezes, não devolver ela tão bem para a família. Ou você devolver bem e ela voltar pior”.

Para o grupo, da mesma forma como Basaglia (1985) salientou em trecho citado acima, o público-alvo influencia a relação estabelecida entre profissionais e usuários, e dentro da própria equipe. Isso também determina práticas corriqueiras reprodutoras da lógica manicomial, como a fala de um trabalhador destaca:

Eu acho que é a regra do hospital psiquiátrico. São as defesas. A primeira é fugir do paciente. A segunda é: não tendo jeito, ignore-o. Isso é o que me vem. Mas gera mais angústia, porque

o paciente passa a ser visto como nada. Isso aumenta a ansiedade da equipe, porque não tem efetividade nenhuma, porque ele não interage, não tem uma ação terapêutica minimamente eficaz. É iatrogênico, é insalubre, é ruim para todo mundo. [...] aí, o profissional também fica sem lugar. Ele tem um sofrimento que não é assumido, ele não pode falar: esse negócio “tá” ruim. Na instituição, não tem espaço para dizer “isso está ruim”, “eu queria ir para outro lugar”, “eu vim para cá porque não tem muita opção”.

Questionada sobre a diferença entre o hospital e os serviços substitutivos, como os CAPS, uma profissional afirma: “[...] aqui é um modelo de internação que existe no DF, o hospício. É aqui que vai ficar todo mundo que não pode ficar lá fora”. A mesma profissional aproveita o ensejo para manifestar sua insatisfação com o ambiente de trabalho e chega a se emocionar ao relatar seu retorno após um período de afastamento por atestado:

Eu não estava nesse serviço até algumas semanas atrás e estava achando ótimo. Acho que vou chorar agora. [pausa e pranto] Dá para ver que é estressante, gera consequências do adoecimento dessas pessoas que estão aqui, porque a gente sabe e se sente capacitado para atuar dessa outra forma, mas é impedido. Por conta de políticas, interesses outros, a gente acaba caindo nesse modelinho tradicional).

A fala dos profissionais expressa uma demanda importante no campo da atenção à saúde mental do trabalhador da saúde. Durante o grupo, os servidores se referem a situações vividas por eles no ambiente de trabalho, sempre demonstrando mágoa e desesperança. O HSVP é, para eles, uma fonte de frustração, pois lá não é possível colocar em prática o que são capazes de fazer como profissionais. Isso se deve às dificuldades impostas pelo contexto político do Distrito Federal, em especial, da Secretaria de Estado de Saúde. As dificuldades de implementação da reforma

psiquiátrica estão vinculadas diretamente às dificuldades de implementação do SUS. Apontam-se, como problemas do hospital, a falta de recursos, a dificuldade de trabalhar em equipe e a inexistência de rede de serviços que atenda às demandas, entre outros, que não são exclusividade do hospital psiquiátrico.

O trabalho no serviço psicossocial

O grupo focal realizado no CAPS de Taguatinga (GFC), em 1º de setembro de 2009, contou com a participação de mais servidores, entre terapeutas ocupacionais, enfermeiras e psicólogas, porque ocorreu no horário de reunião da equipe, momento desconhecido pela maioria dos profissionais do HSVP. A fala das oito profissionais participantes, já no início, contrasta com a do grupo anterior, no que se refere ao trabalho em equipe.

A interdisciplinaridade aparece em diversos momentos do debate, como prática corriqueira. Questionadas sobre como concebem a psiquiatria, como ramo da medicina, as participantes afirmaram que poucos são os profissionais médicos que atuam sob a perspectiva da reforma psiquiátrica. Consideram isso um empecilho ao trabalho em equipe, uma vez que os médicos terminam por se preocupar unicamente com a medicação, deixando outros aspectos fora do tratamento. Dizem também ser importante que o psiquiatra tenha perfil para atuar em CAPS, pois esse é um trabalho diferente do cotidiano de um ambulatório. Segundo uma profissional, o médico “de CAPS tem que ter todo um envolvimento”. Outra trabalhadora concluiu

[...] que é muito da cultura mesmo do médico, esse atendimento do clínico, de consultório, vamos dizer assim, de ir lá, atender, passar a medicação e pronto. E, pra aplicar a teoria, a reforma, isso dificulta muito, porque tem o trabalho em equipe, interdisciplinar, transdisciplinar. Quem sabe, um dia? [risos] Só que, assim, realmente o profissional fica mais afastado da equipe.

Em comparação com outros subsetores da saúde, a saúde mental é vista como estigma, não só como área de atuação. Os pacientes dos serviços de saúde mental também sofrem preconceito. Um exemplo citado por uma participante é de pacientes com transtorno mental que procuram o centro de saúde para acompanhamento de alguma outra especialidade.

Se ele [o profissional do Centro de Saúde] souber ou a pessoa relatar que é acompanhada num tratamento psiquiátrico, ele acha que a pessoa só tem a cabeça [...] e não tem a necessidade desse outro atendimento”.

O ponto de vista que enfatiza a posição ocupada pelos usuários dos serviços não foi provocado, surgindo natural e prioritariamente no debate antes que se expusessem as situações envolvendo os trabalhadores.

As profissionais manifestaram suas percepções sobre trabalhar em saúde mental. A maioria não tinha interesse anterior em atuar na área. Grande parte se disse apaixonada pelo campo de atuação. As servidoras relataram, entretanto, que são estigmatizadas por seu trabalho. Informaram que as pessoas perguntam se não têm medo de lidar com ‘doidos’, se é perigoso; e que, muitas vezes, elas mesmas são consideradas ‘loucas’. “As pessoas dizem ‘é doida de fazer isso’”.

O encantamento em relação à área de atuação é comentado por uma das presentes, destacando o fato de o CAPS ser um ambiente de trabalho diferenciado:

E o que encanta também muito, talvez mais do que o próprio objeto em si – a questão dos transtornos, do sofrimento psíquico – são as possibilidades de tratar. [...] a prática que eu cheguei a ver era muito triste, muito feia, mas aqui eu resignifiquei: “Ah, saúde mental é isso? É trabalhar em um lugar legal assim? É trabalhar em uma casa bonita assim?”. Talvez seja o nosso contexto, né? “De uma forma integrada assim?”. Então, eu acho que o dispositivo ajudou a gente a construir essa imagem. Porque, se não fosse, eu não sei se eu teria essa visão positiva, assim tão feliz... Porque o que eu sempre

gostava, que eu sabia, era que eu tinha perfil para um trabalho psicossocial. Isso eu sabia. Essa atuação comunitária, social, de enxergar o social além do individual, isso eu sei que eu já trazia um pouco, eu gosto. Ai, eu trabalho em um dispositivo que pede, precisa e permite, permite essa dinâmica, permite ser criativo, permite ter um roteiro e sair dele, porque tem isso aí. Então, trabalhar com esse jogo de cintura, esse imprevisível assim, que a saúde mental pede, essa forma de trabalhar, eu já gostava. Trabalhar aqui, podendo funcionar assim, é apaixonante. (GFC, 2009).

A atuação interdisciplinar, apesar de ser considerada difícil, dá ao trabalho um aspecto mais leve, graças à corresponsabilização dos profissionais.

A grande vantagem que eu acho dessa abordagem, dessa forma de atendimento, é você olhar para o sujeito enquanto indivíduo, enquanto sujeito e não enquanto doente ou olhar para o CID dessa pessoa, para a doença que ela tem, mas estar olhando para esse sujeito, estar dando espaço para que ele possa se colocar enquanto pessoa, né?, se expressar. Esse espaço de escuta [...].

Eu não acho pesado o trabalho aqui, sinceramente. Não fica pesado. [...] a gente sabe que chegam aqui para a gente questões muito complexas, sofrimento, dor doída mesmo, sofrimentos intensos. [...] o trabalho suga a gente, mas repõe. [...] eu me sinto assim, que a gente doa muito de si, a gente doa horário de almoço, a gente doa do tempo do corredor, a gente está o tempo inteiro nisso, mas eu acho que é muita troca mesmo. [...] Na verdade, a gente ver as coisas acontecendo não é uma utopia. Tem pequenos milagres acontecendo todo dia aqui. Você pensa que é impossível e o que parece impossível acontece aqui. E não é pesado, eu acho, porque não é só para um. [...] É uma responsabilidade compartilhada, até onde eu enxergo.

Então, eu me sinto suficientemente responsável por aquela situação. Acho isso uma das coisas mais legais aqui.

Tais falas surgem no debate, em meio à percepção coletiva das dificuldades de gestão da saúde como política pública. Ou seja: mesmo no mesmo contexto institucional amplo em que os servidores do hospital psiquiátrico estão, o trabalho no CAPS é mais satisfatório. As servidoras não deixam de observar a falta de material, o baixo número de profissionais e outros aspectos, mas, ainda assim, se veem como privilegiadas devido à oportunidade de trabalho nos moldes antimanicomiais.

A reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – reflexões finais

O movimento pela modificação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil teve início com a participação dos trabalhadores da área. Isso não se deu por acaso. O ambiente manicomial tem-se mostrado um espaço de insalubridade e incômodo para os pacientes – no sentido mais tradicional dessa palavra –, mas também para os trabalhadores, pessoas que têm, no serviço de saúde, a possibilidade de sustentarem a si mesmas e às suas famílias. Embora tenham sido protagonistas do Movimento Nacional da Luta Manicomial, atualmente, são sobreviventes de um modelo de atenção falido e, em outros casos, ainda defensores insistentes de serviços humanizados que se recusam a se fixar na realidade do Distrito Federal.

Paulo Amarante (1997), ao explicar a gênese do movimento conhecido por Reforma Psiquiátrica, lembra que o contexto era de lutas contra a ditadura militar brasileira e que, em 1978, era formado o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Esse movimento surgiu impulsionado por denúncias feitas por jovens médicos, em especial, quanto à forma como as pessoas eram tratadas nos serviços de saúde mental disponíveis à época. A partir dessa observação, verifica-se outra inversão dos contextos, uma vez que aqueles que, naquele momento, se manifestavam por outro modelo de atenção, são os mesmos que hoje, em categoria,

lutam pela manutenção de seu status como protagonistas no tratamento e olham com maus olhos as experiências alternativas de cuidado em saúde mental.

Isso foi verificado em outras etapas desta pesquisa, não expressas aqui com profundidade. Em uma delas, se discutiram as dificuldades de implementação da reforma psiquiátrica no DF em grupo focal com profissionais de uma unidade de psiquiatria no maior hospital geral da unidade da federação. Na ocasião, os participantes eram da categoria médica, com exceção de uma assistente social. O discurso dos trabalhadores era, em geral, contrário à reforma psiquiátrica, e de questionamento da efetividade do modelo reformado de atendimento das demandas. Por outro lado, enfatizou o sofrimento dos profissionais, o não acesso à capacitação e a ausência de outras visões que dialogassem sob o ponto de vista da saúde mental, e não da psiquiatria – termos considerados diferentes pelo grupo. Tal visão também foi expressa em análise das edições do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, publicado periodicamente pela Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr).

Apesar das observações feitas aqui, Tatiana Ramminger (2005), ao estudar a influência do processo de reforma psiquiátrica nos trabalhadores da saúde mental, e enfatizando os servidores vinculados aos serviços substitutivos, em especial CAPS, verifica a existência de um caráter peculiar da forma desses trabalhadores lidarem com a própria saúde. A autora afirma que

[...] as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador elegeram como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção aos servidores públicos e mais ainda para os trabalhadores da saúde. (RAMMINGER, 2005, p. 72).

E complementa: “O servidor público, como trabalhador, não tem merecido investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização do setor público” (RAMMINGER, 2005, p. 77).

No estudo de Ramminger (2005), também foram notadas, nos CAPS, entre os trabalhadores, falas

de compromisso ético, político e afetivo com a reforma psiquiátrica, o que culminou, inclusive, em percepções de maior valorização do próprio trabalho, identificada quando da ampliação das possibilidades de trabalho interdisciplinar. A transferência do foco do médico para a equipe psicossocial contribui para elevar a autoestima dos profissionais, que se veem participando efetivamente do processo terapêutico, identificam o resultado de seu trabalho no cotidiano e têm maior autonomia para exercê-lo.

Naquela pesquisa, a autora identificou que

Para alguns a Reforma Psiquiátrica auxiliou na prática reflexiva de seu trabalho, com uma 'politização constante das práticas clínicas, no cotidiano dos serviços. A reforma incutiu em mim um olhar crítico dos processos de institucionalização das relações cotidianas que tecem o trabalho nos serviços'. (entrevista com psicóloga apud RAMMINGER, 2005, p. 81).

Em ambos os estudos, os profissionais do CAPS relataram ser mais difícil trabalhar na perspectiva da reforma psiquiátrica, que exige inovação, criatividade e atitude. Afirmaram, também de forma similar, haver angústias advindas do trabalho com o transtorno mental, que é visto como sinônimo de instabilidade e gerador de impotência e frustração nos profissionais.

Cabe observar a diferença do discurso quanto ao motivo que leva ao sofrimento. No caso do CAPS, o próprio processo de trabalho advindo das modificações trazidas pela reforma psiquiátrica é motivo de discussão, de questionamentos e de insatisfações da equipe, o que é esperado em um modelo de trabalho novo. Ainda assim, no discurso dos profissionais de Porto Alegre (RS), coletado pela autora mencionada, a dificuldade em relação ao cuidado voltado ao trabalhador é parcialmente

justificada pela permanência dos gestores no “antigo modelo de produção” (RAMMINGER, 2005, p. 83).

No hospital psiquiátrico, não obstante, o sofrimento dos trabalhadores é justificado pela não implementação do novo modelo, pela dificuldade de diálogo com a equipe e pela não percepção de resultados concretos na vida dos usuários.

Ora, verifica-se que, de fato, o trabalho no âmbito da saúde mental exige muito dos servidores e traz à tona a necessidade de se construírem ambientes de trabalho adequados às demandas de usuários e profissionais. Não se trata somente de tornar os locais mais claros e arejados – hipócrita e simplista percepção de humanização dos serviços de saúde –, mas de transformar as relações estabelecidas entre as pessoas. A solução para as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde mental é apontada por elas mesmas e consiste no aprofundamento do modelo antimanicomial, aberto e de interação e respeito à diversidade. Nota-se permanente necessidade de ampliação da liberdade, liberdade capaz de romper as amarras que prendem usuários, profissionais e a loucura ao hospício e às suas consequências violadoras de direitos.

Considerando o ciclo das políticas públicas (policy cycle) proposto por Klaus Frey (2000), que estabelece fases para a formulação e para a implementação das políticas, e a afirmação de Amarante (1997), que estabelece a reforma psiquiátrica como um processo permanente de reflexão sobre os aspectos que influenciam o modelo de atenção à saúde mental, é possível dizer que o momento atual é de avaliação do que foi feito até hoje na perspectiva antimanicomial. No mesmo sentido, deve-se restabelecer o debate acerca do significado da reforma psiquiátrica para os diferentes atores desse movimento, desde os usuários até os gestores, passando obrigatoriamente pelos profissionais que lidam diretamente com as demandas apresentadas, que são muito mais amplas do que doenças e situações que dependem unicamente de medicamentos como solução.

Referências

- AMARANTE, P. D. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. *Saúde mental em dados*, Brasília, a. VI, n. 9, jul. 2011. 21 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.216, de 06 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 01 mai. 2013.
- DEMO, P. *Metodologia científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.
- FREY, K. *Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil*. Brasília: Ipea Publicações, jun 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp21/Parte5.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2008.
- GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro, 2005.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- PÊLBART, P. P. *Manicômio mental: a outra face da clausura*. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúdeloucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 130-138.
- PEREIRA, P. A. P. *Política social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.
- RAMMINGER, T. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde dos trabalhadores e formas de subjetivação nos serviços de saúde mental*. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2005.

Recebido para publicação em Abril/2012

Versão final em Maio/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial*

Transforming Mental Health Care and users' everyday life: from the psychiatric hospital to the Psychosocial Care Center

Mariana Moraes Salles¹, Sônia Barros²

¹ Doutora em Cuidado em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora temporária do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. marianasalles@uol.com.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. sobarros@usp.br

RESUMO Objetivou-se identificar os processos de exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação aos diferentes modelos de atenção à saúde. Utilizou-se a abordagem qualitativa como metodologia de pesquisa. Para a coleta de dados foram entrevistados usuários do CAPS e pessoas de sua rede social, e para apuração dos dados foi utilizada a análise do discurso. Os usuários podem passar longos períodos segregados nos manicômios, desaparecendo do cenário das cidades. Porém, o CAPS é um lugar de acolhimento, o primeiro espaço social e subjetivo em que os usuários podem ser quem são e procurar caminhos para uma vida cotidiana em sociedade.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Desinstitucionalização; Participação Social; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT *This study aims at identifying the process of social exclusion/inclusion of users of a Psychosocial Care Center (CAPS), in comparison to different models of health care. The qualitative approach was used as the research methodology. For data gathering users and people from their social network were interviewed and discourse analysis was used for examining the data. The users can stay long periods shunned in the asylums, disappearing of the city landscape. However, CAPS is a welcoming place, the first social and subjective space in which the users can be how they are and search for ways for everyday life in society.*

KEYWORDS: *Mental Health; Health Care Reform; Deinstitutionalization; Social Participation; Mental Health Services.*

* Artigo baseado em parte da tese de doutorado de Mariana Moraes Salles, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, em 2011.

Introdução

As pessoas que vivenciam o adoecimento mental têm uma história de vida única, constituída pelos detalhes da sua vida cotidiana, em um desdobramento de fatos que distinguem diferentes fases da vida. O transtorno mental é um fato marcante na vida das pessoas, pois são desencadeadas mudanças no cotidiano, transformando o que estas pessoas fazem; como e com quem se relacionam, e seus projetos de vida.

Porém, essa história de vida está inserida em uma história maior, na história da sociedade em que essa pessoa vive. Como nas engrenagens de um relógio, os cotidianos de vida individuais constituem e são constituídos pelo cotidiano da sociedade em que se vive. Assim, as pessoas com transtornos mentais se percebem inseridas em uma história social marcada pela exclusão da loucura, e veem seu cotidiano e sua história de vida particular transformada pelas marcas do preconceito e da discriminação.

Essas pessoas têm suas histórias de vida alteradas pela história do tratamento em saúde mental; pelas formas da sociedade pensar e lidar com a loucura, que oscilam entre o modo asilar e o modo psicossocial.

No modo asilar, o indivíduo é visto como doente, e o tratamento ocorre por meio de fármacos. As relações institucionais são piramidais ou verticais, poucos dominam e a maioria obedece. O poder e o saber são estratificados, os usuários estão excluídos de qualquer participação que não seja de objeto inerte e mudo. As relações se estabelecem entre os loucos e os sãos, a razão e a insensatez (COSTA-ROSA, 2000). O doente mental é um excluído que, conforme o contexto histórico, “[...] jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque todo o seu ato está circunscrito e definido pela doença” (BASAGLIA, 2005a, p. 38).

Esta necessidade de

[...] dividir, de isolar, de afastar o doente mental, expressa também o estado de debilidade e de amesquinamento de uma sociedade que

tende a eliminar o que perturba sua expansão, sem levar a responsabilidade que também lhe cabe nestes processos. (BASAGLIA, 2005a, p. 47).

Porém, no atual contexto histórico, os usuários têm vivenciado novas formas de atenção e relacionamento com a sociedade. Existe um movimento social de transformação, que possibilita criar modificações no contexto das pessoas com transtornos mentais.

No modo psicossocial, a loucura é considerada um fenômeno social, o sofrimento psíquico não tem que ser removido, mas sim integrado como parte da existência da pessoa. A ênfase é dada à reinserção social e à recuperação da cidadania (COSTA-ROSA, 2000).

O termo exclusão social é frequentemente usado como consequência de privação material e restrição de oportunidades, mas não podemos esquecer que a exclusão social é um termo multidimensional, relacionado à falta de participação em atividades sociais, culturais, econômicas e políticas (MORGAN *et al*, 2007). Não é simples transformar a longa história de exclusão vivenciada pelas pessoas com transtornos mentais.

A tradição possui uma força imensa, sobretudo no que se refere à vida cotidiana, aos sistemas consuetudinários e a todos carecimentos ligados a tais sistemas. São elementos que passam de geração para geração. (HELLER, 1982, p. 137).

Nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço que deve favorecer os processos de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, atuando no território, constituindo uma rede de pessoas e serviços que, juntos, possam se fortalecer e enfrentar o desafio de transformar o cotidiano das pessoas (sejam os usuários, os profissionais ou pessoas da rede social dos usuários) e o cotidiano das instituições, serviços de saúde e de outros setores sociais.

As pessoas que se mobilizam para transformar a história da relação da sociedade com o transtorno mental estão também revendo a sua própria forma de estar no mundo. Afinal, segundo Heller (1982, p. 154) “[...]”

se agimos, somos responsáveis pelo que se realiza através da nossa ação; se nos afastamos da ação, somos responsáveis pelo que não fizemos”.

Assim, os objetivos do presente estudo foram identificar os processos de exclusão/inclusão social que os usuários vivenciaram em sua vida cotidiana, em relação aos diferentes modelos de atenção à saúde para essa população.

Metodologia

Utilizou-se a abordagem qualitativa como metodologia de pesquisa, que se propõe a considerar a realidade em sua complexidade, refletindo sobre a maneira como as pessoas vivem a sua vida, se referindo ao processo histórico em que se desenvolvem suas bases materiais, relações sociais e ideologia.

Como referencial filosófico de suporte para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizada a teoria sobre o cotidiano de Ágnes Heller, que considera que “[...] a história é a substância da sociedade” e aos homens cabe a construção e a transmissão da estrutura social, que contém a continuidade de toda a heterogeneidade da estrutura social e a continuidade de valores (HELLER, 2000, p. 2).

É nesse processo histórico que os homens se constituem, aprendendo com o que é posto pela sociedade, com o passado que foi construído, e criando novas possibilidades para o futuro.

A história é substância social em desenvolvimento, é estruturada e heterogênea, encontrando-se em diferentes esferas. A sociedade é sempre um complexo determinado, “[...] com um método de produção determinado, apresentando ainda classes, camadas, formas mentais e alternativas determinadas” (HELLER, 2000, p. 12).

Os sujeitos desta investigação foram pessoas com transtorno psíquico, usuários de um CAPS II na região oeste de São Paulo, que estavam vivendo na comunidade e enfrentando o desafio da inclusão social e de construir uma vida significativa, além de pessoas de sua rede social.

Foi solicitado ao diretor do serviço que realizasse uma caracterização do mesmo e identificasse ações do CAPS que têm como objetivo promover a inclusão

social. Foram indicadas quatro oficinas com o objetivo de promover a inclusão social dos usuários do CAPS: a oficina Recicla Tudo, a oficina de Panificação, a oficina de Brechó e o grupo Criativa.

Dentre os usuários do CAPS que participavam dessas ações foram selecionados aqueles: matriculados há pelo menos um ano na instituição; conscientes, orientados no espaço e tempo, sem déficit cognitivo moderado ou grave, capazes de compreender e responder a perguntas; que concordaram e se dispuseram a participar da pesquisa, e que estiveram presentes nos dias da coleta de dados.

Também foram entrevistadas pessoas indicadas pelos usuários, por serem significativas para a inclusão social do sujeito com transtorno mental, que fazem parte de sua rede de relacionamentos e suporte social. Foram realizadas, no total, 29 entrevistas: 17 com usuários e 12 com pessoas de sua rede de relações sociais.

Dos usuários entrevistados, dois haviam passado mais de dez anos internados; cinco já haviam sido internados mais de dez vezes; quatro haviam vivenciado de três a seis internações em hospitais psiquiátricos; quatro tinham sido internados apenas uma ou duas vezes; e dois nunca haviam sido internados. Todos os usuários entrevistados tiveram a experiência de atenção em um CAPS.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que oferecem perspectivas “[...] possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

O CAPS, cenário do estudo, foi informado sobre os objetivos, as finalidades e os procedimentos metodológicos do estudo e concordou com o desenvolvimento da pesquisa no local. O projeto foi aprovado também pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, que autorizou o desenvolvimento da pesquisa.

Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos dados coletados na referida pesquisa, e foi garantido sigilo sobre a identidade dos entrevistados.

Para apuração dos dados foi utilizada a análise do discurso. Os discursos estão relacionados com a cultura de uma sociedade, reproduzindo o que um grupo social tem a dizer; os homens se identificam com o que

dizem e, nesse processo, se constroem enquanto sujeitos (VIANNA; BARROS, 2003).

O sujeito seleciona o que diz e essa escolha está relacionada com a maneira pela qual ele é

[...] afetado pela ideologia; sua maneira de ordenar, classificar e explicar a ordem social. A análise do discurso permite uma compreensão mais profunda do texto de acordo com a realidade social e histórica na qual foi produzido. (VIANNA; BARROS, 2003, p. 59).

Neste trabalho, após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, constituindo um texto para análise. Após a transcrição, leitura e releitura das entrevistas, o texto foi organizado em “[...] frases temáticas imbuídas de afinidades em cada entrevista” (BARROS; EGRY, 2001, p. 105).

Após essa etapa, foi realizado um trajeto temático, procurando agrupar os fragmentos pelos temas a que se referem, reunindo os trechos temáticos similares de todos os depoimentos. A partir dessa tematização, o texto foi revisto, com vistas a encontrar afinidade e conexão entre os temas, para então se definirem as categorias empíricas inerentes ao discurso. Foram identificadas as seguintes categorias empíricas: processo de exclusão/inclusão social, redes sociais e cuidado em saúde mental. O presente artigo trata da categoria empírica cuidado em saúde mental.

Resultados e discussão

Hospitais psiquiátricos: uma história de exclusão social

Historicamente, a sociedade tem lidado com a loucura excluindo as pessoas com transtornos mentais de seu contato diário. Elas são banidas para espaços de reclusão, sendo isoladas e privadas do convívio da sociedade. Nesse contexto, os hospitais psiquiátricos têm cumprido esse papel de recolher as pessoas com transtornos mentais, com o argumento de oferecer um tratamento que supostamente melhora a saúde dessas pessoas.

Segundo Saraceno (2001, p. 63), o hospital psiquiátrico é o lugar continente da ideologia psiquiátrica, e “[...] continua como signo da continuidade histórica do cerco à desrazão iniciado com o primeiro manicômio muitos séculos atrás. A história continua”. Mudam formas, linguagens e competências, mas o processo de cerco à loucura e exclusão à desrazão continua. O manicômio é uma variável independente das condições socioeconômicas do país onde se encontra, é o lugar destinado a zerar a troca.

Atualmente, os serviços de internação são constituídos para atender o momento de crise da pessoa com transtorno mental, oferecendo suporte e contenção temporários, até que a pessoa se estabeleça e retome sua vida cotidiana.

Entretanto, muitos dos hospitais psiquiátricos não cumprem apenas a função de atender a crise, como um serviço a ser utilizado por um período curto de tempo. As pessoas com transtornos mentais podem passar longos períodos fisicamente excluídas da sociedade, segregadas e isoladas nos manicômios, desaparecendo do cenário das cidades.

Na internação por longo tempo, a vida das pessoas com transtornos mentais passa a ser a vida do hospital, o cotidiano do indivíduo é regido pelo cotidiano no hospital. O hospital se torna a ‘casa’ da pessoa com transtorno mental, sua vida gira em torno das atividades do hospital; há o rompimento com a vida em sociedade, como se eles não existissem para o mundo fora do hospital.

O doente é forçado a aderir a um novo corpo, que é o da instituição. A ele é negado qualquer

[...] desejo, qualquer ação, qualquer aspiração autônoma que o faria sentir-se ainda vivo e ainda ele mesmo. Torna-se um corpo vivido na instituição, pela instituição, a ponto de ser considerado como parte integrante das próprias estruturas físicas desta. (BASAGLIA, 2005b, p. 80).

Alguns entrevistados relatam suas experiências no manicômio, como se vê nas frases que se seguem:

U5 fr 49¹: *Mas eu gostava de morar lá [hospital psiquiátrico]. Tinha sabonete, creme dental, sapato, calça. Eu morei 40 anos, minha casa era lá.*

R3 fr 37: *Mas depois que ele ficou internado, acho que ele ficou oito anos internado.*

As pessoas que passam a vida nos hospitais psiquiátricos acabam se apropriando do cotidiano do hospital, criam uma forma de viver própria dentro do manicomio, tentando trazer significado para as suas vidas e para as atividades que realizam no hospital.

Para alguns internos, a participação nas atividades do hospital representa a possibilidade de permanecer em um local com um pouco mais liberdade (principalmente, nas atividades ao ar livre). Além disso, realizar uma tarefa proposta pelo hospital é um recurso dos internos para iniciar uma forma de boas relações com a equipe dirigente e estar em posição para ter acesso ao fruto de seu esforço. Por exemplo, ao trabalhar na horta, a pessoa tem acesso a frutas e outros alimentos (GOFFMAN, 2003).

U5 fr 6: *[Sobre período de internação] Trabalho. Eu trabalho. Planta na plantação. Colhe. Entrega pro dono. Verdura... Pra cozinhar. E aí, faz comida pra turma, né?*

U5 fr 45: *Depois, eu virei meio funcionário de lá. Eu fazia café, buscar coisas, lavava latão. Tinham 500 pessoas.*

Além das internações por longo tempo, também foram relatadas as internações múltiplas, nas quais a pessoa com transtorno mental entra e sai dos hospitais psiquiátricos repetidas vezes, sem conseguir se estabelecer na comunidade.

A reabilitação psicossocial pressupõe que a comunidade e a atenção à saúde mental sejam dimensões possíveis de propiciar a inserção social do paciente.

Mas o grande número de reinternações em hospitais psiquiátricos vai de encontro com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica. (SALLES, 2005, p. 27).

Na lógica do revolving door, há a substituição da segregação estática em uma instituição total por uma dinâmica de circulação em serviços especializados com uma atenção pontual e fragmentada, ocorrendo um jogo de alimentação recíproca. Os locais de internação representam, neste circuito, um ponto de descarga necessário, temporário e recorrente (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 23).

Assim, é fundamental uma rede de serviços forte e atuante no território, trabalhando na lógica da intersetorialidade, para criar espaços sociais para essas pessoas.

U7 fr 23: *[Sobre o dia a dia antes de frequentar o CAPS] Era muita internação, que quando atacava a cabeça, aí, internava eu. Minha ex-mulher internava eu, internava eu.*

R7 fr 11: *Ele foi internado, que vê, no Jacanã; em Guarulhos, uma porção de vezes. Daí, foi internado no hospital psiquiátrico de Mandaqui, no hospital psiquiátrico de Vargem Paulista, lá naquela lonjura... Qual outro... Também foi internado lá em Atibaia, mas lá eu não fui visitar ele.*

Há um conjunto de circunstâncias que ajudam a determinar quando o usuário receberá alta, como o desejo da família para que a pessoa volte ao convívio familiar (GOFFMAN, 2003).

É ressaltada a importância de a família receber suporte dos serviços de saúde mental, favorecendo que a pessoa com transtornos mentais encontre apoio no seu ambiente social. De acordo com Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 593), a família não interna o

¹ A letra U é um símbolo de referência para usuário e a letra R, para pessoas da rede social dos usuários. A sigla fr refere-se à frase e ao número da frase do entrevistado. Assim, 'U 5 fr 49' significa usuário número 5, frase número 49.

usuário por não ser responsável ou não o amar, mas porque se tornou insustentável e desgastante a convivência com a pessoa com transtorno mental.

U5 fr 44: *Fiquei internado lá no hospital central, em Franco da Rocha. Porque a turma não vinha buscar eu, então eu fiquei muito tempo lá [40 anos].*

No modelo centrado no hospital psiquiátrico, a família pode compreender que cuidar da pessoa com transtorno mental significa ir visitá-lo no hospital, sem pensar em possibilidades de tratamento na comunidade.

Segundo dados do Censo Psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, 50% dos familiares de moradores de hospitais psiquiátricos “[...] procuravam as pessoas moradoras de forma eventual – mensal ou semanal, mas parecem não se dispor a recebê-las” (BARROS; BICHAFF, 2008, p. 98).

Ainda que a família entenda que visitar signifique manter o relacionamento com o usuário, estabelecendo uma continuidade na relação mesmo em momentos de crise, é possível que a família minimize a importância do seu papel e não encontre suporte social e de serviços de saúde para conseguir romper com o ciclo de reinternações.

Nesse sentido, prevalece a lógica de que tratar o usuário é interná-lo, sem se estabelecer possibilidades de cuidado em casa, na família, na comunidade, com apoio de serviços abertos. Para que esse cuidado aconteça, é importante que os familiares conheçam e confiem em modelos de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico.

R7 fr 10: *Mas quando ele estava internado, o hospital mandava me buscar. Aí, eu ia no hospital, levava as coisas, cuidava. Mas quando ele tinha alta do hospital e vinha para casa de novo, com dois ou três dias, ele sumia. E assim, foi minha vida durante 40 anos.*

A internação prolongada, ou a sequência de reinternações, pode ser a consequência ou a causa do rompimento de laços com familiares. Entretanto, quanto

mais tempo a pessoa com transtorno mental permanece internada, maior a probabilidade dos relacionamentos com os familiares e com outras pessoas da sociedade se tornarem frágeis, resultando no seu isolamento.

U5 fr 56: *Eu me senti alegre com isso [trabalho em oficina no hospital], mas estava aborrecido, porque estava longe da família. Era muito tempo sem ver a família.*

R13 fr 26: *E eu imagino que, em algum momento, ele se lembrou de toda essa vivência dele, e estar num lugar daqueles, longe dos amigos, da família, das pessoas que ele gosta, que ama...*

Contraditoriamente, o hospital psiquiátrico pode ser entendido com espaço de albergamento. Frente ao desamparo e à falta de suporte na comunidade, as pessoas com transtornos mentais podem considerar o hospital psiquiátrico como um local de asilamento. Nesse contexto social de exclusão, pensar em sair da internação pode representar o enfrentamento da angústia da exclusão vivida na sociedade, pois, sem suporte familiar ou social, essas pessoas podem se ver em uma situação difícil.

Por isso, a importância dos programas de atenção em saúde mental relacionados à moradia, como os programas de residência terapêutica, que criam um novo espaço de acolhimento para essas pessoas reconstruírem suas vidas na sociedade. Para aqueles que não podem contar com a família para recebê-los após uma internação, a questão da moradia é primordial para a sua inclusão social.

Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, as pessoas precisam encontrar arranjos individuais de moradia, participação na comunidade e uma ocupação significativa. O velho hospital pode ter fechado, mas a transformação ainda não está completa (DAVIS, 2002, p. 54). De acordo com Amarante (2007, p. 88), após as dificuldades passadas no hospital psiquiátrico, a maioria das pessoas com transtornos mentais não tem condição de

[...] voltar a viver sem ajuda de terceiros e, por isso, é muito importante que sejam organizados programas e estratégias de apoio psicossocial para estas pessoas, dentre as quais as estratégias residenciais e de subsídios financeiros.

U14 fr 17: *Sobre aquele negócio de hospital psiquiátrico fechado e hospital aberto... Sem dúvida, melhorou para uns. Para uns, melhorou bem; para aqueles que têm sua casa para morar, têm onde ficar... Mas tem muita gente que não é bem assim... No hospital fechado, ele já tava abrigado; tem casa, comida, roupa lavada. Às vezes, eles vão para o hospital psiquiátrico e nem tá muito doente, né?*

U7 fr 24: *Tinha internação sempre, ficava mais tempo internado que fora, porque eu não tinha casa. Eu morei na rua também, morei na rua dois anos.*

Essas frases desvelam que a inclusão social das pessoas com transtornos mentais é muito mais uma questão de suporte social do que de promover remissão de sintomas.

Muitos dos usuários passaram por repetidas internações, e foram relatadas críticas em relação à falta de atenção à pessoa em sofrimento psíquico que ocorre nos hospitais psiquiátricos, ressaltando que a internação psiquiátrica faz parte de um processo de marginalização e perda de direitos sociais. Essa falta de atenção e cuidado com as pessoas com transtornos mentais internadas torna o momento da crise ainda mais difícil e a relação com a doença mais complicada.

R13 fr 21: *Ele teve um período muito difícil, ficou internado. Eu fui visitá-lo e nem acreditei que ele pudesse estar naquela situação, uma situação deplorável. Meu Deus do céu, naquele dia, a gente nem conseguiu dormir direito, de tão traumatizado que nós ficamos de vê-lo naquela circunstância.*

R15 fr 89: *Antes, o L. se tratava lá no hospital, mas ele tem pavor de lá. Então, era uma*

difficuldade, porque ele não ia. Porque o L. foi internado muitas vezes lá, então pegou horror ao hospital.

R9 fr 59: *Porque na internação não tem amor. Eles dopam o paciente lá com medicamento para não dar trabalho, eu acho. Então dopam lá, porque não vão ter tempo para estar sentando e conversando, escutando. Porque eles falam demais, então tem que ter paciência.*

A internação foi associada, pelos usuários, à desvalorização, reiterando a ideia de que as pessoas com transtornos mentais são incapazes de construir o seu cotidiano fora das instituições.

Ao ser internada, a pessoa adquire um novo status social, não apenas intramuros, e compreende que, ao sair da hospitalização, sua posição social no mundo externo nunca mais será a mesma (GOFFMAN, 2003).

O hospital psiquiátrico agrega desvalor à experiência humana. Não ajuda ninguém a se qualificar. Quanto mais tempo alguém passa internado, tanto menos ele passa a valer na convivência com o seu grupo, em seu bairro. (VALENTINI, 2001, p. 14).

Inseridos em uma sociedade permeada pelo preconceito em relação à loucura, é possível que os próprios usuários assumam o discurso do senso comum, que desqualifica as pessoas com transtornos mentais. Este fato pode afetar-lhes a vida, a forma como eles se percebem e se sentem vistos pelos outros, influenciando na constituição da sua identidade. O usuário vive a contradição de se considerar uma pessoa capaz e o olhar da sociedade, que o rotula de incompetente para viver fora do hospital.

Ao ser internada, a pessoa passa por progressivas mudanças em suas crenças a respeito de si mesmo, e a respeito de outros, que são significativas para ele, compondo a sua 'carreira moral' (GOFFMAN, 2003).

U13 fr 38: *Porque, na minha última internação, eu não conseguia nem ficar de pé. Ficava*

deitado e me olhavam, e falavam: “Tadinho, tão novo”. E hoje, eu já consigo vir ao CAPS, consigo ficar o dia.

U14 fr 20: *Aí, tinha que trancar eles mesmo, porque tem gente que não tem capacidade de tocar a vida sozinho. Se você dá dinheiro para eles, eles gastam de uma vez.*

U14 fr 22: *Tem gente que não tem condição de viver fora do hospital.*

U14 fr 33: *Aí, eu fiquei doente e fui para o hospital psiquiátrico. Lá era horrível, né? Era assim, eles confundem muito a pessoa. Acham que é malandro...*

Identifica-se, nos discursos dos entrevistados, que a atenção à saúde oferecida pelos hospitais psiquiátricos apresenta pouca resolutividade, pois, apesar de serem vistos como locais de albergamento para aqueles que não têm suporte social, isso não resultou em relatos de benefícios em relação à saúde da pessoa com transtorno mental após as internações.

Segundo Saraceno (2001, p. 20), as pessoas com transtornos mentais enfrentaram a situação de

[...] violência e miséria nas instituições psiquiátricas totais, abandono e respostas farmacológicas pesadas para os pacientes assim chamados ambulatoriais, êxitos dos tratamentos em longo prazo distribuídos entre melhoras, piores e estabilidade.

A cronicidade e a presença dos manicômios são evidências concretas da impotência da psiquiatria no tratamento de pessoas com transtornos mentais (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 26). O cuidado na comunidade tem melhor relação custo-efetividade do que o cuidado hospitalar de longa permanência (THORNICROFT; TANSELLA, 2010, p. 57).

As internações por longo tempo ou o ciclo de reinternações criam uma situação em que as pessoas

com transtornos mentais não encontram melhora para a doença e levam uma vida ‘arrastada’ dentro do cotidiano institucional e no cotidiano de exclusão e desamparo quando estão na comunidade.

R7 fr 43: *Ele [ex-marido] saía do hospital e entrava em crise de novo, ficava como indigente na rua, não tomava banho e comia lixo na rua, dos latões de lixo. As internações não foi boa. Os doidos vão para o hospital de louco e sai de lá mais louco ainda. É verdade, eles saem mais louco de lá de dentro.*

R3 fr 47: *Quando a gente tava lá [hospital psiquiátrico], chegavam muitas pessoas em crise, né? Dava crise lá. Então, eu passava mal por isso. Eu penso: “Ai, meu Deus, porque as pessoas não ficam boas? Tomam o remédio direto e não ficam bom”. Porque as pessoas dão o remédio e dão comida, dão café.*

O CAPS como uma alternativa ao hospital psiquiátrico

Frente a essa dura realidade oferecida pelos hospitais psiquiátricos, a reforma psiquiátrica se organizou para propor uma nova possibilidade de pensar a loucura, de tratar e se relacionar com as pessoas com transtornos mentais. Nos discursos dos entrevistados, os CAPS se apresentam como uma substituição ao tratamento em internação hospitalar e concretizam uma nova forma de lidar com o transtorno mental.

Ocorre uma transformação institucional que reflete a forma de tratar os usuários, com o objetivo de reconstruir a pessoa e sua identidade social, estabelecendo-se condições para que se torne um membro do corpo social. A tutela é substituída por uma relação de contato (BASAGLIA, 2005c, p. 248).

A oportunidade de se tratar em CAPS demonstra como as políticas de saúde interferem na vida cotidiana dos usuários e promovem novas

possibilidades para as pessoas com transtornos mentais.

R9 fr 57: *Precisa lutar para ter mais CAPS. Porque foi depois que surgiu estes CAPS que muita coisa melhorou. Porque antes era só internação. E a família ficava longe e distante, e não tinha um acompanhamento. Aqui tem. Eu falo aqui porque foi aqui que eu vi o resultado do meu filho.*

U1 fr 39: *Então [o CAPS] é uma chance de ter a parte de saúde bem próxima, não é igual a um hospital, que se fica um monte de tempo lá e não se resolve nada.*

R7 fr 42: *No hospital psiquiátrico, ele não melhorava, não. Ele veio a melhorar no CAPS. Aí, começou a levar para o CAPS e ele começou a tomar injeção. e agora ele está bonito e gordo. Porque ele estava acabado, estava acabado.*

Os entrevistados percebem nitidamente as diferenças entre o tratamento em regime de internação e o tratamento em CAPS. A atenção em CAPS apresenta alternativas de cuidado para as pessoas com transtornos mentais, previne internações, inclui a família no tratamento, oferece liberdade de ir e vir e facilita a criação de uma rede social, além de outras tantas diferenças em relação aos hospitais psiquiátricos.

Diferentemente dos serviços fechados, que produzem isolamento, os serviços abertos caminham junto com a vida cotidiana (ROSA, 2008, p. 271). Segundo Heller (1982, p. 156) “[...] não há dúvida de que uma nova forma de vida deve colocar-se como objetivo encontrar um sentido da vida, completamente ou parcialmente desconhecido das gerações anteriores”.

É função das políticas públicas de saúde oferecer possibilidades para o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais. Este processo pode começar com a

[...] organização de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é acompanhar as pessoas,

ajudando-as a construir autonomia e independência: arrumar-se, preparar alimentos, ler jornais, ouvir rádio e ver televisão, cantar, dançar, passear pela cidade, falar com as pessoas na rua, ir à igreja ou jogar futebol. (AMARANTE, 2007, p. 88).

Para os entrevistados, não há dúvidas de que a possibilidade de tratamento em CAPS proporciona uma melhora na qualidade de vida dos usuários e uma nova perspectiva para as pessoas com transtornos mentais.

As experimentações de construção dos CAPS têm sido muito produtivas, para gerarem processos antimanicômiais; e, mais, têm de fato melhorado a vida de milhares de usuários desses serviços. (MERHY, 2007, p. 56).

R15 fr 95: *Depois que ele veio para cá, para o CAPS, ele nunca mais foi internado. Que é ideal, porque aquelas internações são horríveis, não adianta nada. Ele ficava um pouco lá e depois voltava pior para casa, bem pior. Então, eu estou achando ótimo.*

U14 fr 12: *Mas aqui não é um hospital, aqui é um CAPS, né?*

U15 fr 35: *É só conversar e avisar que vou ao Parque. Então tem dias de eu ir duas vezes ao Parque da Água Branca, uma de manhã cedo e outra de tarde. Então, eu não sou coagido, não sou preso, nada; sou uma pessoa livre. Graças ao CAPS, não a mim, ao CAPS.*

Nem todos os usuários vivenciaram esta marca da internação hospitalar, mas, mesmo aqueles que não estavam internados, antes do tratamento em CAPS, permaneciam isolados em suas casas, nem sempre com uma assistência adequada.

É comum, mesmo quando o paciente não está internado, que ele continue a ser excluído.

Se a ideologia manicomial está instaurada na sociedade, ela ultrapassa os muros do manicômio, e passa a ser concretizada nas relações do paciente mesmo quando ele está fora da internação, na comunidade. (SALLES; BARROS, 2006, p. 414).

O CAPS tem cumprido a função de fazer uma ponte entre os usuários e a sociedade, realizando ações e cuidado, rompendo com o isolamento, enfrentando preconceitos e promovendo a inclusão social.

U12 fr 29: A minha vida, antes de começar a frequentar o CAPS... Eu era uma pessoa triste. Não tinha amigos, não tinha ninguém para aconselhar, eu não tinha ninguém... Só ficava dentro de casa, fechado, com a janela fechada, com a porta do quarto trancada.

U17 fr 17: [Antes de frequentar o CAPS] Eu reclamava muito... Era muito fechado... Muito difícil, muito difícil para mim... Eu não sabia o que fazer, sem o tratamento no CAPS eu não sabia o que fazer... Ai, pronto, se fechava e se isolava... Fazia isso, achava isso, o jeito que vinha na minha cuca era fazer isso... É muito difícil para mim a vida, tudo praticamente, num...

Muitos dos usuários, principalmente os mais velhos, vivenciaram 'na pele' as transformações ocorridas na atenção em saúde mental, passando de moradores de hospitais psiquiátricos e de constantes reinternações para a possibilidade de se tratar e viver na comunidade. A mudança na vida cotidiana dessas pessoas é enorme, os usuários passaram de uma rotina institucional para o desafio de construir o seu próprio cotidiano na vida em sociedade.

“O atendimento no modo psicossocial, em especial nos CAPS, vem propiciando que os usuários se (re)insiram na sociedade, participem de diversas ações sociais que não eram permitidas com o atendimento marcado pela

institucionalização em hospitais psiquiátricos. (NASI; SCHENEIDER, p. 1162).

O CAPS é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, “[...] é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004, p. 13).

O fato dos serviços substitutivos ser uma estratégia central na atenção à saúde favorece a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, que deixam de ser segregadas em instituições fechadas para construir a sua vida na sociedade.

Os relatos ressaltam a importância das políticas públicas de saúde para a promoção da inclusão social e a transformação da vida cotidiana dessa população.

Considerações Finais

A partir dessas mudanças, a vida cotidiana dos usuários se transforma, e, da mesma forma que o contexto influencia a vida cotidiana, a vida cotidiana também pode direcionar transformações sociais. Com os usuários vivendo na comunidade, a população terá mais contato com essas pessoas. Eles buscam opções de trabalho, lazer, afetividade e começam a engendrar novas possibilidades de vida.

Ao pensar no cuidado da pessoa com transtorno mental é a vida cotidiana da pessoa que deve ser posta em foco, em toda a sua diversidade, complexidade e conflitos. No atual contexto, em que estão em ebulição tantas contradições e em que os processos de inclusão parecem incertos perante o desafio de enfrentar uma história social secular de exclusão social, os CAPS se apresentam como um porto seguro, um lugar de acolhimento, o primeiro espaço social e subjetivo em que as pessoas com transtornos mentais podem ser quem são, estabelecer novas formas de relação e procurar caminhos para uma vida cotidiana em sociedade.

Frente à história de vida dos usuários que vivenciaram anos de internação, rompendo com laços

sociais e sendo afetados pelo estigma em relação à doença mental, percebe-se que o CAPS promove avanços na inclusão social dessas pessoas e representa um espaço em que os usuários são aceitos e podem ser como são. Indica-se a necessidade de continuar a

favorecer a inclusão social a partir dos desejos e escolhas do usuário – como estudar, trabalhar, ter amigos –, articulando o projeto terapêutico individual com as possibilidades de integração dessas pessoas na vida da comunidade.

Referências

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- BARROS, S.; BICHAFF, R. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP, 2008.
- BARROS, S.; EGRY, E. Y. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.
- BASAGLIA, F. Um problema institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005a.
- _____. Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005b.
- _____. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005c.
- BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- DAVIS, F. A. Beyond hospital closure. In: BATES, P. (ed.). *Working for inclusion: making social inclusion a reality for people with severe mental health problems*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2002.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- HELLER, A. *Para mudar a vida: felicidade, liberdade e democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1982. Entrevista concedida a Ferdinando Adornato.
- _____. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, 2011.
- MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (orgs.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.
- MORGAN, C. *et al.* Social Exclusion and Mental Health: conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, Londres, v. 191, p. 477-483, 2007.
- ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2008.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SALLES, M. M. *Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para a vivência do cotidiano e da inserção social*. 233f. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- SALLES, M. M.; BARROS, S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Revista Imaginário*, São Paulo, v. 12, n. 13, p. 397-418, 2006.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VALENTINI, W. Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (orgs.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. Análise do discurso: uma revisão teórica. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 56-60, 2003.

Recebido para publicação em abril/2012

Versão final em maio/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, bolsa de doutorado no país (CNPq - n° 141940/2010-7). A pesquisa também foi apoiada pelo Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior – PDDE, da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Processo n° 3974-08-1; bolsa sanduíche).

Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

Sexual and reproductive health: a dialogue with the National Students' Health Survey

Helena Maria Campos¹, Virgínia Torres Schall², Maria José Nogueira³

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
helenacampos@cpqrr.fiocruz.br

² Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica – Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora Titular e Chefe Fundadora do Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente do Centro de Pesquisas René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
vtshall@cpqrr.fiocruz.br

³ Doutora em Ciências pelo Centro de Pesquisa René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP) – Belo Horizonte (BH), Brasil.
mnog@cpqrr.fiocruz.br

RESUMO Este artigo analisa a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, com base em resultados da PeNSE, a partir de três variáveis comparativas: a) dependência administrativa (escolas públicas e privadas); b) sexo; c) localidade (Brasil e Belo Horizonte), utilizando proporções e intervalos de confiança de 95% (IC95%). A proporção de escolares que já tiveram relação sexual (30,5%) é maior nas escolas públicas do que nas privadas, ocorrendo mais cedo e em dobro para o sexo masculino. Entre os entrevistados, o preservativo não foi utilizado por 24,1% na última relação sexual, sem diferenças entre sexos e tipo de escola. Constata-se, assim, a necessidade de políticas públicas e compromisso com a promoção da saúde sexual e reprodutiva na adolescência.

PALAVRAS CHAVE: Adolescentes; Saúde sexual e reprodutiva; Políticas públicas.

ABSTRACT *This article analyzes the sexual and reproductive health of adolescents, based on the results of a national survey and three comparative parameters: a) administrative dependence (public and private schools), b) gender c) location (Brazil and Belo Horizonte), using proportions and confidence intervals of 95%. The proportion of students who have had sexual intercourse (30.5%) is higher in public schools than in private, occurring earlier and twice as frequently for males. Among the survey sample, a condom was not used by 24.1% in their last sexual intercourse, with no differences between gender and type of school. The data suggested the need for public policies and commitment to the promotion of sexual and reproductive health in adolescence.*

KEYWORDS: *Adolescents; Sexual and reproductive health; Public policies.*

Introdução

A Adolescência é uma fase da vida que tem características próprias, marcada pela passagem da infância para a idade adulta, com mudanças físicas, cognitivas e emocionais, inclusive no campo da sexualidade, vivenciada de formas diferenciadas por cada sujeito, em cada sociedade, num determinado tempo histórico (OZELLA, 2002; HEILBORN, 2006; BRASIL, 2010).

Na adolescência, a sexualidade se relaciona a um campo de descobertas e experiências que implicam a tomada de decisões, requerendo responsabilidade e o exercício da autonomia. A sexualidade também

(...) deve ser abordada em sua dimensão socialmente construída, contemplando as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais, evitando, contudo, o reducionismo biológico. (NOGUEIRA *et al*, 2012, p.123).

Portanto, é necessário promover espaços de diálogo, com escuta dos sentimentos, desejos e dúvidas, propiciar informações claras, construção de conhecimentos e ações de promoção de saúde sexual e reprodutiva.

A saúde sexual é definida como a

[...] habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação, propiciando a vivência da sexualidade humana de forma positiva, informada, agradável e segura, baseada na autoestima e no respeito mútuo nas relações sexuais. (BRASIL, 2006, p.37).

Contudo, a inclusão de adolescentes e jovens nas políticas de saúde exige um novo olhar sobre esses sujeitos, uma compreensão ampliada do contexto sócio-histórico em que estão inseridos e das especificidades dessa fase de desenvolvimento.

O adolescente deve ser percebido como um sujeito social inserido numa sociedade e num determinado tempo histórico, o que o torna singular, conforme o

sentido que lhe é atribuído no interior do grupo onde vive. Sob essa perspectiva, pode-se falar em adolescências, pois, embora ocorram fenômenos universais, como a puberdade, amadurecimento sexual e reprodutor, simultaneamente, ocorre um processo pessoal de passagem da infância para a vida adulta e a constituição da identidade, num determinado tempo histórico e inserido numa cultura que irá lhe atribuir sentido (OZELLA, 2002; DAYRELL, 2007).

Há de se pensar em ações e estratégias interseoriais, particularmente, da Educação e da Saúde, direcionadas a esse público específico, respeitando suas escolhas e necessidades, compreendendo sua sexualidade, seu processo pessoal e sua maneira de cuidar de si e do outro, sua estrutura psíquica e a constituição da sua subjetividade, valorizando as suas ideias e oportunizando sua participação efetiva, o que justifica estudos qualitativos e quantitativos para se compreender o fenômeno, além de investimento em novas pesquisas e políticas públicas para essa parcela da população. Nesse sentido, a Pesquisa Nacional sobre a Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2009, pelo IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde, destaca-se por ser um estudo abrangente, pioneiro e por ter investigado fatores de risco e proteção à saúde do adolescente, através de um questionário estruturado e composto por módulos temáticos, abordando amplamente aspectos relativos à sua vida, tais como: características sociodemográficas, contexto social e familiar, alimentação, imagem corporal, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, saúde bucal, comportamento sexual, acidentes de trânsito e violência, segurança, medidas antropométricas e uma apreciação geral do questionário (BRASIL, 2009).

O instrumento foi aplicado em uma amostra de 60.973 escolares do 9º ano do Ensino Fundamental, com idade entre 13 e 15 anos, nas escolas públicas e privadas das 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, fornecendo subsídios para políticas públicas de promoção de saúde dirigidas a essa população (MALTA *et al*, 2010a, 2010b). Em Belo Horizonte, a amostra da pesquisa foi composta por 65 escolas privadas e públicas, 111 turmas e 3105 escolares regularmente matriculados, frequentes no 9º ano do Ensino Fundamental

(BRASIL, 2009; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

O objetivo deste artigo é descrever e discutir os fatores associados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros e mineiros, a partir dos resultados da PeNSE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Metodologia

No presente estudo, foram analisados de forma comparativa os resultados da PeNSE, disponibilizados pelo IBGE (2009), no que se refere à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Para a análise, tomaram-se como base três aspectos comparativos: a) dependência administrativa (escolas públicas e privadas); b) sexo; c) território, focalizando os dados nacionais (Brasil) e da capital de Minas Gerais (Belo Horizonte). Buscou-se comparar os resultados do Brasil com os de Belo Horizonte, cidade onde as autoras realizaram um estudo qualitativo voltado para aspectos de saúde sexual e reprodutiva com adolescentes de faixa etária semelhante à da PeNSE (CAMPOS, 2011).

Foram selecionados os resultados dos seguintes eventos da PeNSE: a) se os escolares já tiveram relação sexual alguma vez; b) se usaram preservativo na última relação sexual; c) se receberam orientação na escola: sobre AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, sobre prevenção de gravidez e quanto à aquisição gratuita de preservativos. Foram analisadas as prevalências e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) das proporções dos eventos de interesse, segundo sexo e dependência administrativa (escola pública ou privada), para o conjunto das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (DF), possibilitando a identificação das diferenças e semelhanças com os resultados de Belo Horizonte.

Aspectos Éticos

A PeNSE foi submetida e aprovada pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), sob o nº

11.537, assegurando e protegendo o adolescente. A participação era voluntária, as identidades do escolar e da escola confidenciais, assim como as informações prestadas. O presente artigo faz parte do estudo desenvolvido durante o mestrado de Campos (2011), o qual foi aprovado sob o Protocolo nº 27/2010, pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ.

Resultados e Discussão

Do total de alunos estudados, 47,5% são do sexo masculino e 52,5% do sexo feminino, sendo que, na maior parte das capitais, houve ligeira predominância do sexo feminino; 79,2% dos escolares estudavam em escolas públicas e 20,8% nas escolas privadas; 89,1% dos alunos frequentavam a 9ª série do Ensino Fundamental (EF) e tinham idade entre 13 e 15 anos (BRASIL, 2009; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

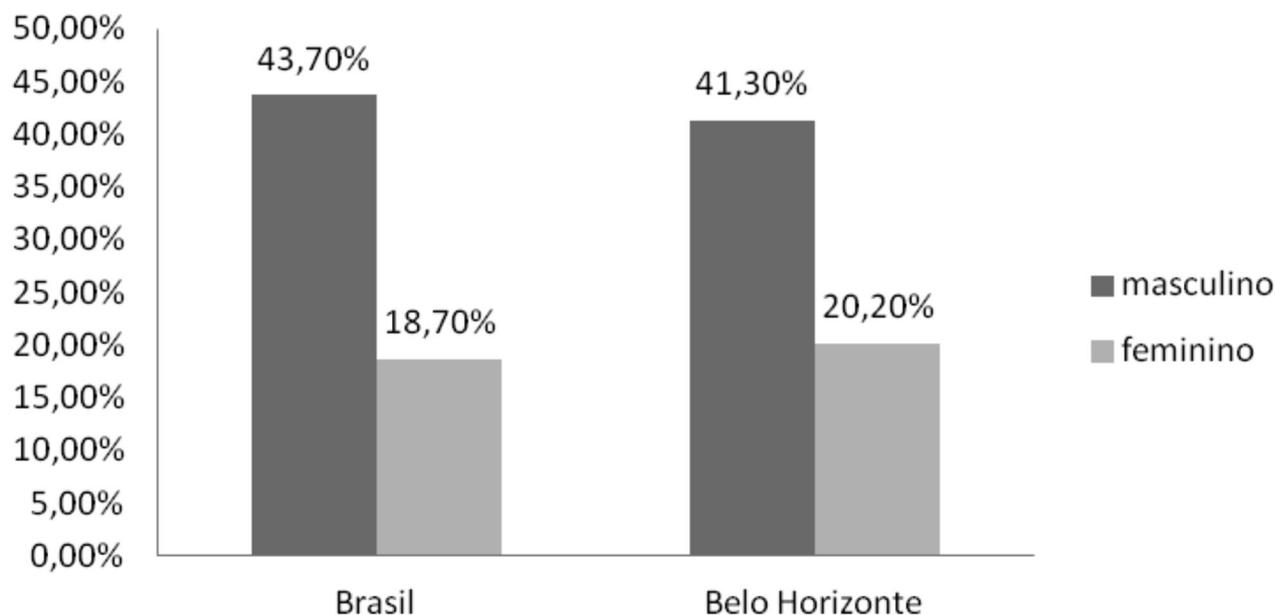
Iniciação Sexual

Com relação à iniciação sexual, os dados apontam que, entre os escolares brasileiros, 30,5% (IC95%: 29,9%-31,2%) já tiveram relação sexual alguma vez. A variação observada entre as capitais no total dos escolares foi de 40,4% (em Boa Vista) a 25,3% (em Vitória). Em Belo Horizonte, a proporção de escolares que já iniciaram a vida sexual foi estimada em 30,2% (IC95%: 28,3%-32,0%), semelhante à proporção nacional.

No Brasil, a proporção de escolares masculinos que relataram já ter tido relações sexuais alguma vez foi de 43,7% (IC95%: 42,7%-44,7%), mais do que o dobro da proporção, de 18,7% (IC95%: 18,0%-19,4%), encontrada para o sexo feminino.

Em Belo Horizonte, também se observa que a proporção de escolares do sexo feminino, 20,2% (IC95%: 18,0%-22,3), que já tiveram relação sexual alguma vez é menor que a proporção de escolares do sexo masculino (41,3% - IC95%: 38,3%-44,2%).

Figura 1. Percentual de escolares do 9º ano do EF, no Brasil e em Belo Horizonte, que já tiveram relação sexual alguma vez



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009

No que se refere à comparação entre os sexos, de acordo com as informações prestadas pelos adolescentes, no Brasil, o grupo de escolares masculinos tem sua primeira relação sexual mais cedo (43,7%) do que o grupo das estudantes femininas (18,7%). Esses dados nos instigam a pensar que a educação em sexualidade deveria iniciar-se mais cedo do que vem ocorrendo para os meninos, embora as proporções de escolares que informaram sobre o uso do preservativo indiquem que eles estão se mobilizando para se cuidar e se proteger.

De qualquer maneira, é fundamental, tanto para meninos como para as meninas, proporcionar um clima de debate aberto e franco sobre a sexualidade, abordando as questões de gênero, favorecendo uma preparação dos jovens de forma refletida sobre a entrada na vida sexual. Para Schall (2005, p.242),

se, tanto em relação às drogas quanto às práticas sexuais, mudar o comportamento é um desafio com alto grau de insucesso, é urgente ampliar a

ação educativa antes do início da vida sexual e da experimentação da droga.

De acordo com Heilborn (2006, p.155),

a passagem à sexualidade com parceiro realiza-se ao termo de um processo progressivo de exploração física e relacional, por etapas, que pode levar vários anos ou, ao contrário, ser relativamente rápido”, sendo a “iniciação sexual um bom preditor de comportamentos futuros.

A autora assinala que a iniciação sexual masculina vem ocorrendo mais cedo do que a feminina em pelo menos dois anos (16,2 contra 17,9). Esses apontamentos corroboram os resultados apresentados na PeNSE sobre a iniciação sexual.

Estudo qualitativo realizado por Nascimento e Gomes busca discutir os principais sentidos atribuídos à iniciação sexual masculina a partir da ótica dos

jovens entrevistados, com idade entre 15 e 16 anos. Os autores consideram que a

iniciação sexual masculina reflete relações mais amplas, perpassadas pelo modelo hegemônico de gênero, onde o processo de socialização de meninos e meninas costuma ser distinto, e a iniciação sexual masculina pode conferir ao jovem o status de ser homem, além de destaque dentro do grupo de pares. (NASCIMENTO; GOMES, 2009, p.1102).

Abramovay *et al* (2004), com objetivo de contribuir para o debate sobre relações existentes entre sexualidade e juventudes na escola, apontam a idade da primeira relação como um dos indicadores mais usados para se analisar os riscos à saúde sexual e reprodutiva. Seus resultados indicam que a média de idade da primeira relação sexual é significativamente mais baixa entre alunos do sexo masculino (10 a 14 anos), quando comparada à das estudantes do sexo feminino (15 a 19 anos), destacando que a iniciação sexual é um rito de passagem, envolvendo distintos trânsitos entre a infância, a adolescência e a juventude, constituindo-se num rito de vida dos indivíduos e das coletividades.

Esses dados são semelhantes aos apresentados na PeNSE, pois, tanto no Brasil quanto em Belo Horizonte, a proporção de escolares do sexo masculino que já tiveram relação sexual foi maior do que a do sexo feminino.

Uso do Preservativo

A investigação sobre o uso dos preservativos pelos escolares brasileiros revela que, entre os 30,5% que já tiveram relação sexual, 75,9% disseram ter usado preservativo na última relação. Entre as capitais do Brasil, a maior frequência do uso do preservativo entre os escolares foi observada em Rio Branco: 82,1% (IC95%: 75,3%-88,9%), e a menor em São Luís: 68,3% (IC95%: 62,9%-73,6%).

Em Belo Horizonte, a proporção de escolares que usaram preservativo na última relação foi de 75,4%

(IC95%: 69,5%-81,4%). Há um consenso de que o uso do preservativo, masculino ou feminino, é a única forma de evitar as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo o HIV/AIDS. Desse modo, é preocupante o total de 24,1% dos escolares entrevistados, ativos sexualmente, que disseram não ter usado preservativo na última relação sexual.

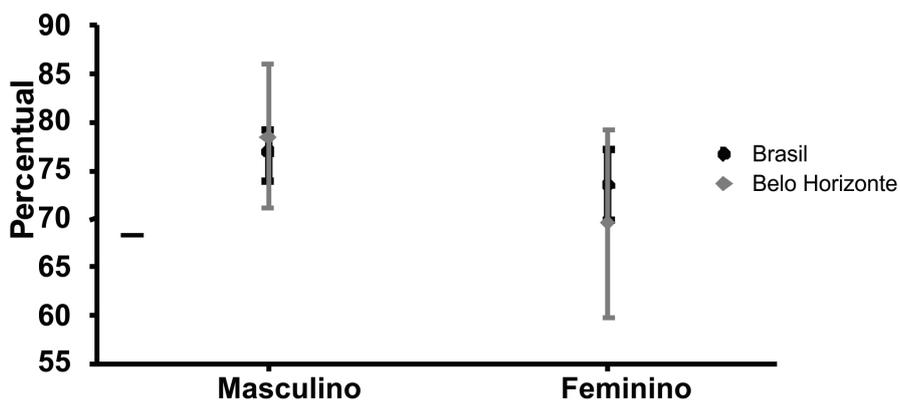
No Brasil, quanto ao uso do preservativo na última relação sexual, observa-se que praticamente não houve diferença entre as respostas obtidas por sexo, sendo a proporção de 77,0% (IC95%: 74,6%-79,3%) para o sexo masculino e de 73,5% (IC95%: 69,9%-77,1%) para o feminino, e nem entre a frequência desse uso entre escolares das escolas privadas (76,1%; IC95%: 71,1%-81,1%) e públicas (75,8%; IC95%: 73,6%-78,1%) para o total das capitais e do Distrito Federal.

Em Belo Horizonte, a proporção de escolares que disseram ter usado o preservativo na última relação foi de 78,5% (IC95%: 71,2%-85,9%) para o sexo masculino, sendo ligeiramente menor para o sexo feminino: 69,6% (IC95%: 59,9%-79,3%). Já com relação ao tipo de escola, é semelhante, sendo de 75,5% (IC95%: 69,2%-81,8%) nas escolas públicas e de 74,5% (IC95%: 55,6%-93,3%) nas escolas privadas (Figuras 2 e 3).

As proporções dos meninos e meninas que relataram ter usado o preservativo na última relação sexual indicam ser esse um método de proteção conhecido pelos adolescentes. Entretanto, os dados não apontam o tipo de preservativo (feminino ou masculino) utilizado. Não há nenhuma informação sobre a escolha do preservativo, o que aponta a necessidade de novos estudos.

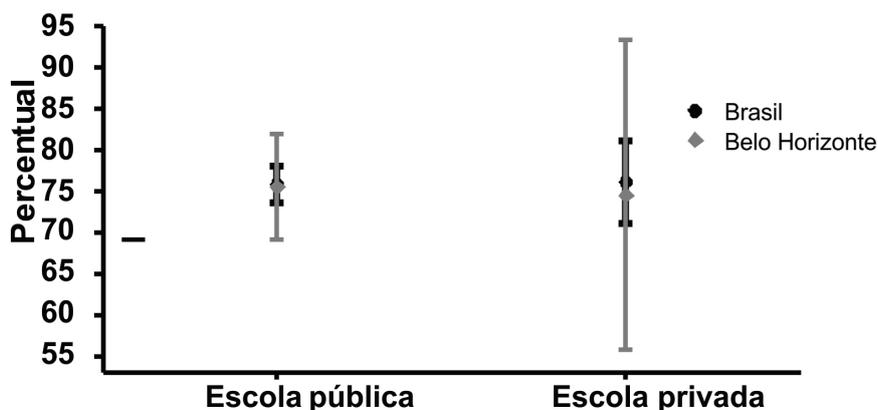
Souza *et al* (2008) constataram que 80,6% das mulheres usavam algum método contraceptivo, mas apenas 15,1% reportam usar camisinha masculina. Com relação ao preservativo feminino, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006, indicam que, apesar de 90% das mulheres brasileiras terem dito conhecer o preservativo feminino, seu uso ainda é incipiente: somente 3,1% do total de mulheres disseram ter usado esse preservativo alguma vez na vida, e não foi detectado o uso atual. Já com relação ao preservativo masculino, o conhecimento do método é universal.

Figura 2. Percentual de escolares do 9º ano do EF, no Brasil e em Belo Horizonte, que usam preservativo na última relação sexual, por sexo



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009

Figura 3. Percentual de escolares do 9º ano do EF, no Brasil e em Belo Horizonte, que usam preservativo na última relação sexual, por dependência administrativa da escola



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009

Na pesquisa realizada por Miranda-Ribeiro *et al* (2003), das 1609 mulheres estudadas, 24,8% disseram ter usado o preservativo masculino na última relação e 75,2% afirmaram não tê-lo feito, o que coloca a saúde das mulheres em risco. A pesquisa aponta, ainda, que a maior proporção do uso desse preservativo ocorreu

entre as mulheres que relataram habilidade em negociar o sexo seguro com seus parceiros.

A partir desses resultados, pode-se inferir que um fator de proteção associado à saúde sexual e reprodutiva seria tornar o conhecimento e o acesso universal ao preservativo feminino. Embora o diálogo e a negociação

entre os parceiros sejam vias saudáveis e importantes para o sexo seguro, o preservativo feminino, além de poder ser colocado até oito horas antes da relação sexual, possibilitaria maior autonomia e poder de decisão às mulheres, podendo, inclusive, modificar algumas questões relativas ao gênero no campo da sexualidade.

No entanto, as mídias não focalizam esse recurso nem há programas educativos que incluam o treino para seu uso com modelos, como ocorre para o preservativo masculino; percebe-se resistência do público feminino, devido ao desconhecimento e à falta de prática no seu uso. Além disso, o preservativo feminino é pouco disponibilizado nos postos de saúde.

Nesse sentido, observa-se que

[...] os valores tradicionais ainda persistem no que diz respeito à superioridade do homem em relação à mulher, principalmente no âmbito da sexualidade, fazendo com que as mulheres ainda se encontrem em posição de submissão em relação ao sexo oposto. (NOGUEIRA, 2009, p.43).

Dentre outros fatores, essa falta de poder interfere nas questões relacionadas à anticoncepção e à reprodução, pois as mulheres ainda têm poucas possibilidades de discutir e decidir com seus parceiros sobre o uso de um método contraceptivo.

Acesso à informação na escola sobre DSTs/AIDS e prevenção da gravidez

O acesso à informação sobre DSTs/AIDS na escola foi outro fator analisado na PeNSE. No Brasil, as proporções encontradas são semelhantes no que se refere à dependência administrativa das escolas, sendo que 87,5% (IC95%: 86,9%-88,0%) dos escolares da rede pública e 89,4% (IC95%: 88,5%-90,2%) dos escolares da rede privada disseram ter recebido informações sobre AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis.

Em Belo Horizonte, a proporção de alunos que disseram ter recebido orientação sobre DSTs/AIDS na escola foi de 89,1% (IC95%: 87,7%-90,6%) nas

escolas públicas e de 91,2% (IC95%: 88,7%-93,6%) nas escolas privadas. (Figura 4)

Os altos percentuais sugerem que a maioria dos alunos do 9º ano do Ensino Fundamental recebeu algum tipo de orientação sobre DST/AIDS, entretanto, não se sabe a qualidade da educação recebida e o tipo de abordagem adotada pelas escolas para se trabalhar com a sexualidade, o que requer estudos qualitativos complementares.

O percentual nacional de escolares do 9º ano do Ensino Fundamental que receberam orientação sobre prevenção de gravidez foi de 82,1% (IC95%: 81,1%-83,1%) nas escolas privadas e de 81,1% (IC95%: 80,5%-81,8%) nas escolas públicas das capitais do país.

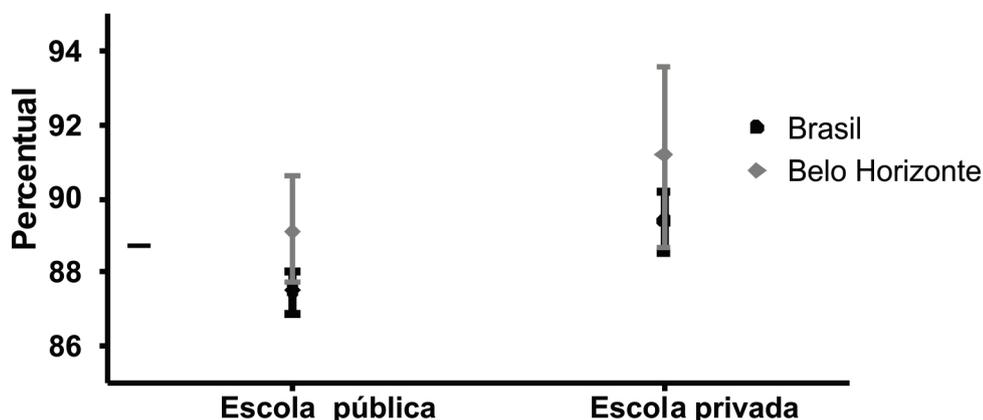
No panorama nacional, observa-se que, no tocante às escolas privadas, a maior proporção de escolares que receberam orientação sobre gravidez na adolescência está em Salvador, 90,2% (IC95%: 86,9%-93,5%), e a menor em Belém, 73,4% (IC95%: 69,3%-77,5%). Com relação às escolas públicas, a maior proporção foi encontrada em Rio Branco: 92,1% (IC95%: 90,6%-93,7%), e a menor em Belém: 72,2% (IC95%: 69,7%-74,7%).

Em Belo Horizonte, a proporção de alunos que receberam orientação sobre prevenção de gravidez foi de 87,2% (IC95%: 84,3%-90,0%) nas escolas privadas, sendo ligeiramente menor nas escolas públicas: 82,3% (IC95%: 80,6%-84,0%), considerando o intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa revela, ainda, que, no Brasil, 71,4% (IC95%: 70,7%-72,2%) dos escolares da rede pública e 65,4% (IC95%: 64,2%-66,7%) dos escolares da rede privada receberam informações sobre a aquisição gratuita de preservativos. (Figura 5)

Quanto à orientação recebida na escola sobre aquisição gratuita de preservativos, em Belo Horizonte, a proporção foi um pouco maior nas escolas públicas – 73,0% (IC95%: 71,0%-75,1%) – do que nas escolas privadas – 65,0% (IC95%: 60,7%-69,2%). Diante disso, pode-se inferir que a maioria dos alunos, de idade entre 13 a 15 anos, na capital mineira, recebem informações relacionadas ao uso do preservativo, e que, com relação ao acesso gratuito ao preservativo, os escolares das escolas públicas estão mais bem informados. Porém,

Figura 4. Percentual de escolares do 9º ano do EF, no Brasil e em Belo Horizonte, que informaram ter recebido orientação na escola sobre DST/AIDS, por dependência administrativa da escola



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009

não foi relatado se tais informações incluem os dois tipos de preservativo: masculino e feminino.

É importante ressaltar que a iniciação sexual na faixa etária dos escolares entrevistados (13 a 15 anos) ocorre em cerca de um terço da amostra, sendo maior para o sexo masculino, que, em localidades como Belo Horizonte, chega a ser o dobro para homens (41,3%) em relação às meninas (20,2%).

Observa-se, também, que tal iniciação é maior para escolares das escolas públicas, requerendo atenção quanto às políticas públicas de educação e saúde para esse público. A prática sexual está associada à vulnerabilidade quanto à gravidez e à transmissão de DSTs e AIDS para um quarto da amostra que já iniciou tal atividade, pois o uso do preservativo foi mencionado por cerca de 75% dos entrevistados. Os altos percentuais apresentados quanto à orientação das escolas sobre as DSTs, distribuição gratuita de preservativos e gravidez precoce (mais de 80%) sugere a inclusão de tais temas nos currículos, embora seja necessário investigar a qualidade com que são tratados.

Com relação ao tema da gravidez na adolescência, alguns estudos apontam a orientação sobre prevenção na escola como um fator de proteção à saúde sexual e reprodutiva. Pesquisa de Andrade *et al* (2009) aponta que os programas de Educação Sexual podem ser

efetivos na geração de mudanças positivas, como aumento do uso de preservativos e contraceptivos entre os adolescentes.

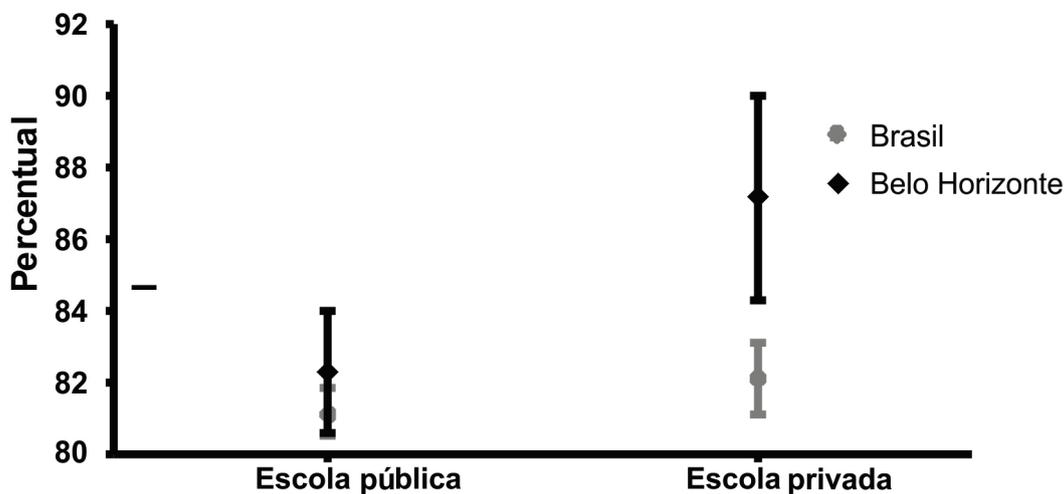
No mesmo sentido, estudos enfatizam que quanto mais o adolescente participa de programas de orientação sexual e conversa sobre o assunto, melhores são os resultados em termos de adesão a medidas de proteção contra as DST/AIDS (CHOI; WESTPHAL, 1995).

Estudo de Borges e Schor (2006) revela que 85,9% dos adolescentes entrevistados já haviam participado alguma vez de grupos com atividades educativas voltadas à sexualidade na escola, evidenciando a presença da escola e de seus professores como promotores de Educação Sexual. O estudo chama atenção para o fato de que a prevalência de gravidez na adolescência foi significativamente mais baixa entre os jovens que mencionaram a escola como fonte de primeiras informações sobre tal tema.

Brandão e Heilborn (2006) afirmam que “a desinformação juvenil, dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, a pobreza, as situações de marginalidade social” circundam os eventos relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

Quanto à gravidez na adolescência, ao invés de associá-la à reprodução de padrões tradicionais de inserção à vida adulta, ela é considerada um

Figura 5. Percentual de escolares do 9º ano EF, no Brasil e em Belo Horizonte, que receberam orientação sobre prevenção de gravidez, por dependência administrativa da escola



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009

[...] evento contingente ao processo de autonomização juvenil, significando que o processo de aprendizado e construção da autonomia pessoal nessa fase da vida pode implicar certos desdobramentos imprevistos, como a gravidez, que redundam em reordenamento da trajetória juvenil e familiar. (BRANDÃO; HEILBORN, 2006, p.1422).

Além da aquisição de informações, do acesso aos métodos contraceptivos, da geração de oportunidades para novas formas de agir, é preciso propiciar aos jovens espaços de diálogo, reflexões críticas e autoconhecimento, pois

é no desconhecido mundo dos motivos que levam as pessoas a se comportar de uma maneira ou de outra que se movem a saúde e a doença, a felicidade e a infelicidade, o sucesso e o fracasso, entre outros fenômenos. (SCHALL, 2005, p.240).

A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes integra-se ao direito à saúde e aos direitos

humanos. Para garantir os direitos dos adolescentes, é necessário criar serviços de saúde sensíveis às suas necessidades, espaços privados e acolhedores onde se sintam confortáveis, os quais devem ser fisicamente acessíveis, com atendimentos em horários convenientes, serviços gratuitos e encaminhamentos a outros serviços relevantes quando for preciso (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Considerações Finais

A realização da PeNSE é um considerável avanço na busca do conhecimento sobre a saúde dos adolescentes, bem como no processo histórico da sociedade brasileira de reconhecer e dar visibilidade aos adolescentes, parcela da população esquecida e, até mesmo, estigmatizada por muito tempo.

No Brasil, os resultados da PeNSE ampliam as informações sobre os fatores de risco e proteção à saúde dos escolares, envolvendo profissionais de todas as áreas, pois os problemas apresentados são multifatoriais, de grande complexidade e exigem múltiplos olhares na sua compreensão. Nesse sentido, a pesquisa é inovadora

e pode inspirar o caminho para a construção de políticas públicas intersetoriais, particularmente entre a Saúde e a Educação para adolescentes. Alguns dados da pesquisa já foram analisados em publicação anterior (PENNA, 2010), contudo, os aspectos aqui analisados não estavam incluídos.

Embora a PeNSE contribua para a ampliação dos conhecimentos, apresentando uma macroanálise da saúde de adolescentes, observam-se limites interpretativos na pesquisa, que podem ser enriquecidos por pesquisas qualitativas. A PeNSE apresenta um cenário de tendências da saúde de adolescentes nos grandes centros urbanos brasileiros, no entanto, faz-se necessário conhecer, também, as particularidades da saúde de adolescentes que estão fora da escola, da população de rua e da zona rural para se construir políticas públicas que atendam às necessidades dessa população e sejam apropriadas a essa realidade específica. Assim, os resultados da PeNSE podem induzir, também, a novas pesquisas e estudos no campo da saúde coletiva, educação em saúde, da prevenção e promoção da saúde de adolescentes.

Os resultados apresentados, no tocante à saúde sexual e reprodutiva, podem ser ampliados a partir da

análise de outros fatores de risco e proteção, e acrescentando-se determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença, que se correlacionam às questões da sexualidade e interferem no cuidado consigo e com o outro.

É importante ressaltar que há muito a se fazer para garantir os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes. A observação no presente estudo de assimetrias entre os sexos e entre escolas públicas e privadas, bem como da ocorrência de sexo desprotegido em uma proporção de um quarto dos entrevistados sexualmente ativos, aponta para a necessidade de formulação de políticas públicas e de maior compromisso com a prática educativa nas escolas com relação à promoção da saúde sexual e reprodutiva. Processos indutores – como estratégias educativas, disponibilidade e baixo custo de preservativos masculinos e femininos, ampliação de ações voltadas para os adolescentes nas unidades de saúde – são fundamentais e devem ser estendidos para todo o território nacional, de modo a assegurar maior saúde e relações afetivas protegidas para esse segmento da população brasileira.

Referências

- ANDRADE, H.H. et al. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1168-1176, 2009.
- BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.225-234, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias no RJ. Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p.1421-1430, 2006.
- CAMPOS, H. M. *O Sujeito Adolescente e o cuidado de si: cenários, significados e sentidos da iniciação sexual e do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva*. 2011. 334f. Dissertação (Ciências da Saúde) – Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2011.
- CHOI, K. H.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.45, p.19-22, 1995.
- DAYRELL, J. T. A escola faz Juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. In: VIEIRA, M. M. *Actores educativos: escola, jo-*

vens e media. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2007.

HEILBORN, M. L. Iniciação à Sexualidade: Modos de Socialização, Interações de Gênero e Trajetórias Individuais In: _____. *et al.* (orgs). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/FIOCRUZ, 2006. p. 155-211.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

MALTA, D.C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, 2010a.

_____. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, 2010b.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A. J. *SRSR - Saúde Reprodutiva, Sexualidade, Cor/Raça. Relatório Substantivo final*. Belo Horizonte: UFMG, 2003. v.1.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. Iniciação Sexual Masculina: Conversas Íntimas para fóruns privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1101-1110, 2009.

NOGUEIRA, M. J. *et al.* Análise da Distribuição Espacial da Gravidez Adolescente no município de Belo Horizonte MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 297-312, 2009.

_____. Escolas e Unidades Básicas de Saúde: diálogos possíveis e necessários para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p.117-124, jan./mar. 2012.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M.L.J. (coord); KOLLER, S.H. (org). *Adolescência e Psicologia: concepções práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2002.

PENNA, G. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.2, p. 3006-3006, 2010.

SCHALL, V.T. A Prevenção de DST/AIDS e do uso indevido de drogas a partir da pré- adolescência: uma abordagem lúdico-afetiva. In: ACESELRAD, G. (org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e Direitos Humanos*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.231-325.

SOUZA, C.F. *et al.* Nem tentariam? O poder de negociação das mulheres enquanto fator associado ao não uso da camisinha masculina em Belo Horizonte e Recife. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, v.20, n.2, p.267-285, ago./dez. 2008.

Recebido para publicação em Novembro/2012

Versão final em Junho/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil: exposição ocupacional e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI)

Tobacco growers zone of rural Pelotas (RS), Brazil: exposure and use of personal protective equipment (PPE)

Jobber Buss da Silva¹, Daniel da Silveira Xavier², Michele Cristiene Nachtigall Barboza³, Simone Coelho Amestoy⁴, Leticia Lima Trindade⁵, Jose Richard Sosa Silva⁶

¹ Graduado em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera – Pelotas (RS), Brasil. Enfermeiro Assistencial da Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Pelotas (RS), Brasil.
joberbuss@hotmail.com

² Graduado em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera – Pelotas (RS), Brasil.
danielsxavier@gmail.com

³ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (UFRG) – Porto Alegre (RS), Brasil. Docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
michelenachtigall@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
samestoy@terra.com.br

⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) – Florianópolis (SC), Brasil.
letrindade@hotmail.com

⁶ Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Porto Alegre (RS), Brasil. Coordenador e Docente da Faculdade Anhanguera – Pelotas (RS), Brasil.
jose.sosa@unianhanguera.edu.br

RESUMO Objetivou-se identificar o conhecimento dos fumicultores frente à exposição aos riscos ocupacionais e à utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) durante sua atividade laboral. Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando entrevista semiestruturada com fumicultores do Município de Pelotas (RS). A análise temática evidenciou que os trabalhadores possuem conhecimento superficial sobre os problemas de saúde aos quais estão expostos no seu ambiente laboral. Além disso, ficou claro que os EPI são pouco aceitos pelos fumicultores; que estes trabalhadores fazem uso somente de alguns dos equipamentos, por os considerarem desconfortáveis. Tudo isso associado, ainda, à falta de capacitações. Conclui-se que há necessidade de trabalho educativo nas lavouras de fumiicultura.

PALAVRAS CHAVE: Equipamentos de Proteção; Saúde do Trabalhador; Enfermagem.

ABSTRACT *The objective of this study was to identify the awareness of tobacco growers as to their exposure to occupational risks and the use of PPE during their work activities. This exploratory descriptive study was based on a qualitative approach using semi-structured interviews with growers from the municipality of Pelotas (RS). The content analysis revealed that workers have a superficial knowledge of the health problems to which they are exposed in their work environment. Furthermore, PPE is not accepted by growers, who make use of only some of the equipment, as it is considered uncomfortable. This is still all related to lack of training. In conclusion, there is a requirement for educational work to be developed in the tobacco farms.*

KEYWORDS: *Protective Equipment; Occupational Health; Nursing.*

Introdução

A cultura do fumo, atividade exclusivamente rural, é realizada de forma totalmente manual, desde o plantio até a colheita. O cultivo é realizado em 376 mil hectares, por 186 mil produtores integrados em 730 municípios do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná (SINDITABACO, 2010). Essa produção deu ao Brasil destaque no cenário mundial, ocupando o país a posição de 2º maior produtor mundial de tabaco e, desde 1993, a de maior exportador do mundo, atendendo a cerca de 100 países (SINDITABACO, 2010).

Segundo Brasil (2008), a fumicultura exige um consumo elevado de agrotóxicos, expondo a vida dos fumicultores e de suas famílias a diversos riscos, isto porque os agrotóxicos utilizados para combater pragas, ervas invasoras e doenças fúngicas que podem impedir o crescimento da plantação e prejudicar a colheita são produtos químicos altamente prejudiciais. Essa exposição ocupacional e intensiva dos fumicultores resulta, ainda, nos dias de hoje, em muitos casos de intoxicação e óbito (TRAPÉ, 2010). Estudo desenvolvido com fumicultores no Município de Pelotas (RS), em 1996, demonstrou que cerca de 6% dos entrevistados afirmaram já terem se intoxicado pelo uso inadequado de agrotóxicos (AGOSTINETTO *et al*, 1999).

Essa intoxicação pode ocorrer pela absorção de nicotina através da pele, mediante o contato com as folhas verdes e úmidas do tabaco, causador da ‘doença da folha verde do tabaco’, cujos sintomas são: náuseas, vômitos, fraqueza, cefaleia e tontura, podendo, ainda, incluir cólicas abdominais (BRASIL, 2008).

Estudo desenvolvido por Agostinetti *et al* (1999) evidenciou que a elevada demanda de pulverizações de agrotóxicos na produção do fumo exige cuidados intensos com a segurança no trabalho, a qual determina a utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI), como máscara, macacão, avental, luvas, chapéu e botas, materiais necessários para minimizar a exposição ao produto químico e prevenir o adoecimento do trabalhador. O mesmo estudo ainda indicou que a não utilização dos EPI conduz a intoxicações crônicas e agudas que têm provocado vítimas entre as famílias dos fumicultores. Entretanto, cerca de 51% dos

fumicultores não utilizam equipamentos de proteção individual em seu ambiente de trabalho.

A vivência profissional dos autores permite perceber que os trabalhadores da fumicultura da zona rural do Município de Pelotas (RS) estão adoecendo em decorrência da exposição ocupacional, tornando-se esta uma questão de saúde pública em nível local. Essa constatação eleva, cada vez mais, as preocupações com esse grupo de trabalhadores. Por outro lado, a produção de fumo continua aumentando. Então, vislumbra-se a necessidade de realizarem-se pesquisas sobre essa atividade a fim de obterem-se subsídios científicos para a melhoria das condições de trabalho, o que minimizaria os problemas de saúde dos profissionais envolvidos, visto que existe um número restrito de artigos/pesquisas sobre a temática.

Diante disso, tem-se como questão pesquisa: Qual o conhecimento dos fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), Brasil, acerca de sua exposição aos riscos ocupacionais e da utilização dos EPI?

Frente ao exposto, esta pesquisa teve como objetivo identificar o conhecimento dos fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil, sobre a exposição aos riscos ocupacionais e a utilização dos EPI durante sua atividade laboral.

Metodologia

A pesquisa é caracterizada como descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada com trabalhadores rurais que produzem fumo, no interior de Pelotas (RS), sendo realizada nos meses de agosto e setembro de 2010, em seus locais de trabalho, através de entrevistas semiestruturadas. Os critérios de seleção foram: ser produtor de fumo e aceitar participar da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra e transcritas para posterior análise, tendo média de duração de 30 minutos. Foram entrevistados dez trabalhadores rurais, de forma aleatória, com participação voluntária. O número de entrevistas não foi estabelecido previamente, sendo conduzido até se considerar suficiente o conteúdo das respostas obtidas.

Para o desenvolvimento do estudo foram respeitados os procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (RS), sob o protocolo número 98/2010-Ata 83. Dessa forma, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O anonimato foi preservado e os sujeitos, chamados por nomes de plantas.

Os dados obtidos foram classificados e divididos por temas, de acordo com o objetivo da investigação. Para a análise dos dados coletados foi utilizado o método da análise temática de Minayo (2010), elencada em três etapas: a pré-análise por meio da organização dos relatos e de leitura exaustiva do material coletado; após a exploração dos dados, através da codificação e da classificação em categorias; e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos além da interpretação, previsto nas dimensões teóricas.

Resultados e Discussão

Após a coleta de dados, procedeu-se a leitura flutuante com a finalidade de impregnação do seu conteúdo e de encontro das unidades de registro a fim de formar os possíveis temas para responder a questão de pesquisa, os objetivos e os pressupostos. Na sequência, serão caracterizados os sujeitos e apresentadas as categorias emergidas no estudo.

Caracterizando os Sujeitos

A partir da coleta de dados, identificou-se que a faixa etária dos entrevistados foi compreendida entre 25 e 57 anos. A maioria é do sexo masculino e casada; possui ensino fundamental incompleto, renda entre 4 e 6 salários mínimos; são donos da terra; trabalham na fumi-cultura há mais de 14 anos. Dentre os dez participantes, seis não são tabagistas e todos utilizam agrotóxicos na sua plantação.

Conhecimento dos fumicultores sobre sua exposição a riscos ocupacionais em sua atividade laboral

O trabalho realizado pelos agricultores os expõe a um contato direto com os riscos produzidos pelas condições e pela organização do trabalho, os quais produzirão, conseqüentemente, impactos negativos à saúde física e psíquica desses profissionais (FILHO, 2001). Isto ocorre, principalmente, pelo processo de trabalho na produção agrícola estar diretamente relacionado com: o risco de envenenamento por produtos químicos, problemas respiratórios, câncer de pele, alergias e irritações causadas pelos produtos químicos e problemas psicológicos relacionados ao uso de agrotóxicos (VON ESSEN; MCCURDY, 1998; SCHMITT *et al*, 2007). O contato com esses agentes predis põe o fumicultor ao adoecimento, especialmente pela intoxicação.

Segundo Pires, Caldas e Recena (2007), fatores adicionais, como falta de informação, baixa alfabetização, condições de trabalho impróprias, proteção inadequada dos agricultores durante a aplicação dos produtos e a utilização de pulverizadores estão fortemente ligados às taxas de intoxicação por agrotóxico.

Os resultados evidenciam o déficit de conhecimento dos fumicultores sobre os riscos aos quais estão expostos em sua atividade laboral, conforme a fala dos mesmos relatada a seguir:

Não, nenhum (Amoreira).

Não, eu não conheço (Urtiga).

Não conheço os riscos porque ninguém nunca falou (Xaxim).

Acredita-se que esse resultado possa estar associado ao baixo grau de escolaridade e/ou também à falta de informação das companhias fumageiras. Estudo desenvolvido por Peres, Moreira e Claudio (2007) afirma que no Brasil e na América Latina há escassez de informações transmitidas a esses trabalhadores, e pouco conhecimento sobre a temática.

Somente três sujeitos expressaram conhecimento sobre os riscos de exposição ocupacional e desenvolveram problemas de saúde, conforme falas a seguir:

Sim, mais ou menos. Pode causar intoxicação e alergias (Boca-de-leão).

Sim. Câncer de pele (Figueira).

Sim, conheço. Tem risco de intoxicação por agrotóxicos e contaminação do ambiente (Palmito).

Nota-se, entre os entrevistados, que os mesmos conhecem os riscos, apontando problemas de saúde como o câncer de pele, além das alergias e das intoxicações causadas pela exposição ocupacional. Entretanto, percebe-se que esse conhecimento é muito superficial, pouco específico. Muitos demonstram várias dúvidas e incertezas quando questionados sobre o assunto.

Um estudo realizado por Schmitt *et al* (2007) destaca a prevalência de 45% de alergias ou irritações de pele entre agricultores de tabaco, isto porque a colheita do fumo – tanto do fumo convencional quanto do orgânico – pode causar problemas de saúde aos trabalhadores. No caso do fumo tradicional, a situação agrava-se em virtude da utilização de agrotóxicos que, se usados inadequadamente, provocam diversos males à saúde humana e ao meio ambiente (BIOLCHI, 2005).

Entretanto, alguns sujeitos conhecem alguém ou apresentam, eles mesmos, sintomatologias por intoxicação ou talvez pela exposição às folhas de fumo úmidas, conforme relatos a seguir:

Sim, sinto falta de ar, tontura, ânsia de vômito, dor de cabeça, mal-estar (Boca-de-leão).

Sim, eu sinto dor nas costas, vômito, mal-estar, tontura. E a minha esposa só vômito, mal-estar e tontura. Mas isso tudo só com o fumo verde (Espinafre).

[...] Sinto vontade de vomitar, dor de cabeça, fraqueza no corpo (Figueira).

Sim. Quando trabalhamos com o fumo molhado e o sol tá batendo em cima, nós dois sentimos dor de cabeça e mal-estar (Urtiga).

Portanto, muitos dos sujeitos sentem algum sintoma ou, se não sentem, sabem de alguém que apresenta essa sintomatologia, principalmente, quando trabalham com o fumo verde e molhado durante a colheita. Porém, não sabem se é por intoxicação ou por alguma substância que o fumo produz, o que poderia ser explicado pela doença da folha do tabaco verde.

Os principais sinais e sintomas de envenenamento por agrotóxicos são: incontinência urinária, salivação, lacrimejamento, diarreia, vômito, dores abdominais, fraqueza, alucinações, apreensão, dores de cabeça, náuseas, fadiga; e a exposição contínua a este tipo de agrotóxico pode causar deficiência neurológica permanente, como déficit de memória, atenção e habilidade motora (VON ESSEN; MCCURDY, 1999; STOPPELLI; MAGALHÃES, 2005).

Dessa forma, pode-se perceber que os fumicultores possuem certo conhecimento, mesmo que superficial, sobre os riscos ocupacionais, bem como apresentam os sintomas relacionados à intoxicação por agrotóxicos que sua atividade de trabalho estabelece.

O trabalhador rural e a utilização dos EPI

O Ministério do Trabalho (1978) estabelece a Norma Regulamentadora nº 06, que trata dos equipamentos de proteção individual, conhecidos pela sigla EPI, os quais são definidos como todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

A elevada demanda de pulverizações de agrotóxicos na produção do fumo exige cuidados intensos com a segurança no trabalho, os quais determinam a utilização adequada de EPI, como máscara, macacão, avental, luvas, chapéu e botas (AGOSTINETTO *et al*, 1999), materiais necessários para minimizar a exposição ao produto químico e prevenir o adoecimento do trabalhador.

Entretanto, a fala dos sujeitos do estudo evidencia a não utilização dos EPI na fumicultura, como expresso a seguir:

Não utilizo nenhum. Todos são 'ruim' de usar, são muito quentes. Dá falta de ar, a pessoa começa a suar muito, porque é no verão que tem que usar (Amoreira).

Não utilizo nenhum, até porque a firma manda EPI só para uma pessoa. [...] a máscara, porque dá uma sensação de sufocamento (Roseira).

Os EPI não têm boa aceitação entre os fumicultores por causarem desconforto durante suas atividades laborais, como sensação de sufocamento, calor intenso e falta de ar, visto que grande parte do trabalho é desenvolvida no verão, o que justifica essa rejeição por parte de alguns fumicultores. Acredita-se que o problema na utilização dos EPI deve-se ao fato de a maior preocupação das empresas ou empregadores ser somente a de oferecer a proteção. Entretanto, a mesma necessita ser apropriada e confortável para, assim, ser utilizada pelo trabalhador. Além disso, normalmente esses equipamentos são erroneamente recomendados, principalmente pela classe toxicológica e não pelas condições de trabalho e disposição do corpo do trabalhador (OLIVEIRA; MACHADO NETO, 2005). Com isso, muitos agricultores, desencorajados devido ao mal-estar decorrente do calor provocado pelo uso do EPI – principalmente, nos meses quentes do ano –, aplicam os agrotóxicos totalmente desprovidos das vestimentas adequadas (OLIVEIRA; MACHADO NETO, 2005; LIMA, 2004).

Mesmo tendo sido relatada, pelos sujeitos, a utilização e os tipos de EPI, eles se contradizem ao serem questionados sobre o assunto, como evidenciado a seguir:

Sim. Uso máscara, macacão, luva. [...] A máscara, não uso porque me sinto sufocado e tenho ansia de vômito e tonturas (Boca-de-leão).

[...] Não gosto e não uso a máscara porque dá uma sensação... dá uma sensação de sufocação. Também não uso o macacão por ele ser muito quente. Então, uso roupa comprida – calça e camisa de manga longa (Espinafre).

Sim. [...] Durante a aplicação de defensivos agrícolas e também na colheita do fumo úmido, uso calça, luvas, botas, touca árabe, jaleco. [...] Não uso máscara porque é dispensável quando se manuseia cuidadosamente os produtos, porque, 'líquido', eles não levantam, diferente do pó que o vento levanta. E também tem que cuidar a direção do vento (Palmito).

Quanto à utilização dos EPI, a maioria dos fumicultores entrevistados respondeu positivamente, mas disseram que o utilizam de maneira fragmentada, ou seja, usam algum tipo de EPI, mas não o conjunto completo, que seria o ideal para se ter a proteção total. Outra perspectiva observada é o não uso do EPI pela autoconfiança do fumicultor, devido a sua experiência com a produção do fumo, ao manuseá-lo de forma cuidadosa. Contudo, sabe-se que a não utilização desses equipamentos expõe os trabalhadores ao risco intenso, podendo ocasionar o adoecimento desses profissionais. O uso de EPI padrão visa a proteção da saúde do trabalhador rural que utiliza defensivos agrícolas, reduzindo os riscos de intoxicações decorrentes da exposição inalatória, dérmica, oral e ocular destes produtos (BRASIL, 2010).

Já quando questionados sobre o recebimento de algum tipo de capacitação para utilizar os EPI, os sujeitos apontaram o seguinte:

Nunca, apenas repassam orientações em reuniões que as fumageiras fazem, de vez em quando, mas aqui em casa nunca fizeram (Boca-de-leão).

Não, ninguém veio na minha casa fazer um treinamento (Espinafre).

Tive uma reunião no salão de uma comunidade religiosa 'faz' uns quatro anos, mais ou

menos. Lá, eles mostraram um filme como usar os EPI. Mandam cartaz pra colocar no galpão, mas na minha lavoura nunca vieram olhar e dizer como usar (Urtiga).

Identifica-se a falta de um treinamento mais eficiente para os fumicultores, sendo necessária uma capacitação mais direcionada no ambiente onde o trabalhador realiza a sua atividade laboral. No entanto, essa capacitação necessitaria ser feita de maneira individualizada, mais consistente e, se possível, na propriedade do profissional, para facilitar o acesso e a adesão dos trabalhadores.

De acordo com Almeida (2005), as fumageiras fornecem para os fumicultores as receitas agrônomicas. Entretanto, somente fornecê-las não torna a capacitação eficaz, e isto pode prejudicar a saúde do trabalhador, exposta ao agrotóxico durante a atividade de trabalho.

Assim, pode-se perceber que os fumicultores utilizam poucos EPI durante seu trabalho, principalmente por considerá-los desconfortáveis. A pouca orientação recebida pelas fumageiras sobre a importância de seu uso também pode ser um fator que influencia o resultado encontrado no estudo.

Considerações Finais

Assim, pode-se identificar, com esse estudo, o déficit de conhecimento dos fumicultores sobre sua exposição aos riscos ocupacionais nessas comunidades/colônias do Município de Pelotas (RS). Além disso, foi abordado o adoecimento desses trabalhadores, decorrente

da intoxicação por agrotóxicos durante o plantio e a colheita do fumo, através de sintomas como mal-estar, fraqueza, náuseas e vômitos, sintomas estes relatados pelos fumicultores nesse estudo.

Verificou-se, também, que os EPI não possuem boa aceitação pelos fumicultores, sendo que grande parte não faz uso de, pelo menos, um dos EPI, principalmente, por considerá-los desconfortáveis.

Diante disso, vê-se como uma solução indicada para minimizar o problema da não adesão aos EPI, como forma de prevenção das intoxicações crônicas, a educação dos agricultores, através de capacitações sobre a maneira correta e segura de uso destes produtos. O enfermeiro inserido no Programa de Estratégia de Saúde da Família seria o profissional importante e indicado para atuar nesse processo educativo, com o intuito de prevenir e promover a saúde desse trabalhador. Entretanto, acredita-se que essas capacitações necessitam ser realizadas nas residências (lavouras), para assim, ajudarem a identificar as dificuldades que esses agricultores têm em relação aos agrotóxicos e ao uso dos EPI, bem como para tornarem conhecidas as realidades de suas famílias.

Quanto às recomendações para trabalhos futuros, dentro da fumicultura, vê-se a necessidade de um maior número de estudos científicos publicados, devido ao número restrito de publicações afins, bem como a inserção da enfermagem voltada para a pesquisa na área de saúde coletiva, visto que há um grande número de trabalhadores envolvidos e expostos ao perigo de intoxicações, necessitando de informações e estratégias futuras que minimizem esses riscos e protejam a saúde desses trabalhadores.

Referências

AGOSTINETTO, D. *et al.* Utilização de equipamentos de proteção individual e intoxicações por agrotóxicos entre fumicultores do município de Pelotas-RS. *Pesticidas: Revista Ecotoxicologia e Meio Ambiente*, Curitiba, v. 8, p. 45-56, 1998.

ALMEIDA, G. E. G. *Fumo: Servidão Moderna e Violação de Direitos Humanos*. Curitiba: Terra de Direitos, 2005. p. 168.

BIOLCHI, M. Seminário "O futuro da fumicultura no Brasil". *Boletim do Deser*, Curitiba, n. 145, p. 27-30, ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doença da Folha Verde do Tabaco*, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=33644&janela=1>. Acesso em: 14 abr. 2010.

- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria GM nº 3.214, de 08 de junho de 1978*. Norma Regulamentadora nº 6 (Equipamento de Proteção Individual – EPI). Disponível em: <<http://www.mte.gov.br>>. Acesso em 6 jun. 2010.
- FILHO, J. P. A. Medidas individuais de proteção no trabalho com agrotóxicos: indicações básicas e limitações. In: *Simpósio Internacional de Tecnologia de Aplicação de Agrotóxicos, 2.*, Jundiaí, 2001. Anais. Disponível em <<http://www.iac.sp.gov.br/>>. Acesso em: 12 mai. 2010.
- LIMA, R. G. Implicações socioeconômicas e técnico-sanitárias da lavoura de tabaco na região de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. *Sociedade em Debate*, Pelotas, n. 2, v. 10, p. 91-109, ago. 2004.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.
- OLIVEIRA, M. L.; MACHADO NETO, J. G. Segurança na aplicação de agrotóxicos em cultura de batata em regiões montanhosas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 15-25, 2005.
- PERES, F.; MOREIRA, J. C.; CLAUDIO, L. Os impactos dos agrotóxicos sobre a saúde e o ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 4, 2007.
- PIRES, D. X.; CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. P. Uso de agrotóxicos e suicídios no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde de Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 598-605, 2005.
- SCHMITT, N. M. *et al.* Health risks in tobacco farm workers-a review of the literature, *Journal of Public Health*, Berlin, v. 15, n. 4, p. 255-264, 2007.
- SINDITABACO. *Dimensão do setor. 2010*. Disponível em: <<http://www.sinditabaco.com.br/?link=setor.dimensao>>. Acesso em: 09 abr. 2010.
- STOPPELLI, I. M. B. S.; MAGALHÃES, C. P. Saúde e segurança alimentar: a questão dos agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 91-100, set./dez. 2005.
- TRAPÉ, A. Z. *Efeitos toxicológicos e registro de intoxicações por agrotóxicos*. Disponível em: <<http://www.agr.unicamp.br/tomates/pdfs/eftoxic.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2010.
- VON ESSEN, S.; MCCURDY, S. A. Health and safety risks in production agriculture. *Journal of Medicine*, Western, v. 169, n. 4, p. 214-220, 1998.

Recebido para publicação em Julho/2012

Versão final em Junho/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer

The repercussions of exclusive breastfeeding in children with low birth weight

Aline Micely Pontes¹, Kerle Dayana Tavares de Lucena², Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva³, Luana Rodrigues de Almeida⁴, Layza de Souza Chaves Deininger⁵

¹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa (PB), Brasil.
micely_am@hotmail.com

² Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa, PB, Brasil. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB) - João Pessoa, PB, Brasil.
kerledayana@yahoo.com.br

³ Doutora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa, PB, Brasil. Professora Adjunta IV da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa, PB, Brasil.
anatereszaprof@gmail.com

⁴ Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa, PB, Brasil.
luanaralmeida02@gmail.com

⁵ Especialista em política e gestão do cuidado. Diretora técnica do Distrito Sanitário IV da Prefeitura de João Pessoa - João Pessoa, PB, Brasil.
layzasousa12@hotmail.com

RESUMO Objetivou-se investigar as repercussões do Aleitamento Materno (AM) exclusivo até o sexto mês de vida de crianças com baixo peso ao nascer. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em USF de João Pessoa. A partir dos discursos, foram construídas duas categorias, intituladas: A importância do AM no crescimento e desenvolvimento das crianças com baixo peso ao nascer; O papel da Atenção Básica na promoção do AM e no apoio às mães. Evidenciou-se a importância do aleitamento materno no tocante ao crescimento e desenvolvimento das crianças que nasceram com baixo peso, como também o papel dos trabalhadores da atenção básica no incentivo e na promoção do aleitamento materno.

PALAVRAS CHAVE: Aleitamento Materno; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde .

ABSTRACT This study aimed to investigate the effects of exclusive breastfeeding (BF) of infants of a low birth weight until sixth months of age. This exploratory study with a qualitative approach was conducted at a Family Health Centre in Joao Pessoa. The discursive content was analysed and separated into two categories entitled: "The importance of BF in the growth and development of low birth weight infants", and "The role of Primary Care in the promotion and support of breastfeeding mothers". The results revealed the importance of breastfeeding in relation to the growth and development of children with low birth weight as well as the role of primary care workers in encouraging and promoting breastfeeding.

KEYWORDS: Breastfeeding; Primary Health Care; Comprehensive Health Care.

Introdução

O aleitamento materno (AM) é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover as saúdes física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. A recomendação do Ministério da Saúde do Brasil é da mãe amamentar por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2009). Nesse sentido, garantir o AM exclusivo desde a primeira hora de vida extrauterina é a forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento e desenvolvimento adequados a uma criança. Para Marques, Lopez e Braga (2004), esse alimento reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes. Além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes para a diminuição da morbimortalidade infantil, supre todas as necessidades nutricionais para que o crescimento do bebê seja mantido dentro da normalidade para o período.

Sob essa perspectiva, é importante salientar que o AM facilita, ainda, o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho e uma maior união entre ambos, criando uma ligação emocional que pode facilitar o desenvolvimento da criança. Há estudos que comprovam os benefícios que o AM traz não apenas para criança, mas também para a mãe. Segundo Cecatti (2004), em longo prazo, as mulheres que amamentam têm menor risco de desenvolver osteoporose, câncer de mama na pré-menopausa e nos ovários.

O objeto deste estudo compreende um recorte sobre as repercussões do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida em crianças com baixo peso ao nascer. A motivação para o mesmo partiu da vivência na atenção básica, acompanhando mulheres com dificuldade de amamentar por diversas razões, causando prejuízos às crianças ao longo do seu desenvolvimento.

Dessa maneira, o estudo justifica-se por buscar aprofundar questões sobre a importância do AM para o desenvolvimento das crianças com baixo peso ao nascer, questão considerada de saúde pública por afetar a vida das crianças. Nesse sentido, pergunta-se: quais são as repercussões do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida para a saúde da criança com baixo peso ao nascer, na percepção das mães que amamentaram?

Para responder a essa pergunta, formulou-se o seguinte objetivo: investigar as repercussões do AM exclusivo até o sexto mês de vida em crianças com baixo peso ao nascer, a partir da concepção de quem amamentou: as mães. Além disso, o trabalho pretende ressaltar a discussão da importância do AM materno exclusivo, bem como a importância da atuação dos profissionais de saúde no incentivo ao AM.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, que buscou apreender o significado cultural e ideológico da amamentação exclusiva, bem como suas decorrências para a saúde das crianças com baixo peso ao nascer. O estudo foi realizado no território dos bairros de Padre Zé, Jardim 13 de Maio e Mandacaru, no período de março a abril de 2012, no município de João Pessoa.

Foram sujeitos da pesquisa mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da Família, cenário do estudo, utilizando como critérios de inclusão: 1) mães com mais de um filho, com idade acima de seis meses de vida; 2) mães que tiveram ao menos uma das crianças nascidas com baixo peso e utilizaram o AM exclusivo até os seis meses de vida da criança; 3) mães que tiveram crianças com baixo peso ao nascer e utilizaram AM misto durante os seis primeiros meses de vida da criança ou que não tenham amamentado. A amostra foi composta por 10 mulheres, considerando que na pesquisa qualitativa busca-se atribuir significado a fatos não mensuráveis.

O estudo atendeu à Resolução nº 196/96, do CNS/MS, que dispõe e regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, iniciou-se a coleta para produção do material empírico. Utilizaram-se as fichas de cadastramento familiar (ficha A) e as fichas C (cartão de vacina das crianças).

O material empírico foi produzido por entrevistadas, através de um roteiro semiestruturado, com 10 questões nucleares, versando sobre a caracterização das mulheres (faixa etária, ocupação, número de filhos e

escolaridade). As demais questões foram relacionadas à história das mães, no tocante à maternidade: peso da criança ao nascer e na atualidade; idade atual da criança; tempo de amamentação; conhecimento prévio acerca do aleitamento materno; dificuldades durante a amamentação; informações dos profissionais de saúde acerca do AM; doenças infantis que os filhos tiveram; e, por fim, se elas conheciam alguma diferença entre o crescimento e desenvolvimento de um bebê que se alimentou até o sexto mês exclusivamente com leite materno e outro que utilizou alimentação complementar. Em caso afirmativo, informariam quais.

Os depoimentos foram gravados em mp3 e transcritos, na íntegra, para utilização da análise de discurso proposta por Fiorin e Savioli (1999). Para esses autores, o texto é um todo organizado de sentido, em um determinado universo de significação. O sentido do texto é dado tanto por sua estrutura interna, que são as regras gramaticais, quanto pelo contexto histórico do momento no qual foi produzido. Por isso, o texto é um objeto integralmente linguístico e integralmente histórico.

Fiorin (2001) esclarece que o texto é intencional, mas o discurso que ele veicula tem conteúdo ideológico, portanto, é uma posição social que informa as visões de mundo dos sujeitos, onde se encontram os temas que vão indicar as categorias com as quais os pesquisadores trabalham, afirmando ou negando uma posição ideológica existente na sociedade.

O primeiro momento da fase de análise foi o de transcrição das entrevistas, impressão e leitura dos textos e identificação dos temas. A fase seguinte foi a de decomposição dos discursos e sua consequente reorganização em blocos de significados, por coincidência ou divergência temática. Em todo o processo de análise e discussão, o material empírico foi relacionado à literatura pertinente para ancorar as posições sociais nele reveladas.

Seguindo essa orientação metodológica de análise, identificamos os temas predominantes nos depoimentos, que permitiam a organização dos blocos de significação. Estes orientaram a construção de duas categorias empíricas: A importância do Aleitamento Materno no crescimento e desenvolvimento das crianças com baixo

peso ao nascer; O papel da Atenção Básica na promoção do AM e no apoio às mães.

Categorias empíricas são compreendidas neste estudo, na abordagem de Fiorin (2001), como grandes temas que sintetizam conceitos sobre o significado das posições sociais manifestadas discursivamente pelos sujeitos da investigação.

Resultados e Discussões do Material Empírico Produzido

No que concerne à caracterização das mulheres entrevistadas, 80% eram domésticas, com ensino médio, e 20% possuíam curso superior (Farmácia e Contabilidade). As faixas etárias das usuárias variavam entre 25 e 47 anos. Cada mãe tinha mais de um filho, totalizando um universo de 30 crianças com faixa etária entre 3 e 10 anos.

Para responder aos objetivos da pesquisa, procedeu-se a análise das categorias empíricas produzidas, considerando os depoimentos das mulheres entrevistadas.

A importância do Aleitamento Materno no crescimento e desenvolvimento das crianças com baixo peso ao nascer

A alimentação da criança, nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo do desenvolvimento do indivíduo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000), todas as crianças devem receber exclusivamente leite materno até os seis meses de idade; a amamentação deve ser mantida por, pelo menos, dois anos; e apenas a partir dos seis meses de nascidas, o leite materno deve ser complementado.

Ainda corroborando a OMS (2000), o Aleitamento materno é exclusivo quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos. Aleitamento materno predominante é quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas

e outros. Já o Aleitamento complementado é quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo. E o Aleitamento misto ou parcial é quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

No Brasil, as taxas de amamentação são baixas, em especial a do aleitamento materno exclusivo. No entanto, os inquéritos nacionais indicam uma tendência ascendente. Segundo Bercini *et al* (2007), a duração mediana da amamentação era de 2,5 meses em 1973/74, e de sete meses em 1996. O último inquérito nacional, realizado em 1999, nas capitais brasileiras, confirmou essa tendência, mostrando a duração mediana de amamentação de dez meses. A mediana da duração do aleitamento materno exclusivo, porém, é de apenas 23 dias.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, a cobertura de AM exclusivo foi de 64% no município, no ano de 2011, apresentando aumento se comparado aos anos de 2009 e 2010, com 35% e 47%, respectivamente.

No que se refere às crianças de baixo peso ao nascer, o AM torna-se ainda mais necessário, considerando riscos de sequelas em seu processo de crescimento e desenvolvimento, como distúrbios orgânicos, cognitivos e psicossociais, evidenciando que a alta hospitalar após o nascimento não significa a resolução de todos os problemas de saúde, sendo necessário o seguimento em longo prazo (BOSI; MACHADO, 2005).

O baixo peso ao nascer é considerado um tradicional fator de risco para a morte de crianças entre o nascimento e o primeiro ano de vida. A incidência varia de acordo com o país ou região, em função das condições socioeconômicas; no Brasil, a média é de 10,2%, variando de acordo com a região: de 8,6% a 12,2%. Em 1998 e 1999, no estado de São Paulo, tivemos em torno de 8,5% dos nascimentos abaixo de 2500g (MELLO *et al*, 2002).

Sob essa perspectiva, segundo as mulheres entrevistadas, que tiveram crianças com baixo peso ao nascer e utilizaram o AM exclusivo até os seis meses de vida, seus filhos são saudáveis, inteligentes e ativos, conforme discurso a seguir:

Ela não teve nenhuma doença na infância, só nasceu com o pulmão imaturo, mas, fora isso, até ficar doente ela é mais difícil do que o menino [outro filho]. (Entrevistada 01).

Ele não teve essas doenças da infância, só gripe mesmo. (Entrevistada 03).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ressalta diversos argumentos em prol do AM: evita mortes infantis, diarreias, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias e hipertensão arterial, melhora o desenvolvimento da cavidade bucal, tem um efeito positivo sobre a inteligência, reduz o risco de obesidade, além de não ter custo financeiro e promover melhor qualidade de vida. É possível evidenciar os benefícios nas falas das mulheres participantes do estudo:

Olha só, eu fiquei impressionada, porque o menino é muito saudável. É duro na queda, viu? É forte demais. Foi a melhor coisa que fiz. (Entrevistada 05).

Minha menina é uma danada, não para quieta e é muito inteligente. Nem parece aquela miudinha de antes. Eu cheguei a pensar que ela não se criaria. (Entrevistada 06).

Além de atestarem a condição de saúde dos filhos, em alguns depoimentos, as mães atribuem essa condição saudável à amamentação exclusiva, apresentando a percepção das vantagens do hábito para a criança:

O engraçado é que tenho dois filhos, um eu amamentei só com leite materno até os seis meses e a outra só até os três meses. Ambos nasceram com baixo peso, e a diferença é gritante nos dois. O menino num instante ganhou peso, mas a menina até hoje é abaixo do peso e adoece com frequência. (Entrevistada 04).

O leite materno, além de reduzir a morbidade em crianças pré-maturas, apresenta uma série de benefícios em decorrência das suas propriedades imunológicas,

ajudando na maturação do sistema gastrointestinal e melhorando o desenvolvimento psicomotor da criança (DINIZ *et al*, 2011). Além de todos esses benefícios, o AM facilita o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, contribuindo, de maneira geral, para o desenvolvimento da criança, o que pode ser percebido também pelas mães, de acordo com os depoimentos aqui apresentados.

Diante dessas considerações, é oportuno destacar que essa prática precisa ser reforçada nos serviços de saúde, principalmente durante o pré-natal, acolhendo as mães e sanando todas as dúvidas que elas possam vir a ter, contribuindo para o esclarecimento das lactantes e, conseqüentemente, para a adesão a essa prática vital para a criança, principalmente aquelas com baixo peso ao nascer. O trabalho no pré-natal deve, ainda, entender-se nas fases do parto e pós-parto, através de orientações sobre a primeira mamada, cuidados com a mama e todas as demais recomendações nas visitas puerperais. Pensando assim, foi possível identificar a segunda categoria de análise, por considerar fundamental o papel da Atenção Básica e dos seus profissionais nesse processo de apoio à amamentação.

O papel da Atenção Básica na promoção do AM e no apoio às mães

Para avançar na perspectiva da integralidade e da qualidade da assistência à criança e sua família, torna-se imprescindível a articulação entre os serviços de alta complexidade e os serviços primários. Nesse sentido, a enfermagem tem um papel importante no que se refere ao cuidado com a saúde da criança de uma forma geral, principalmente no preparo para a alta hospitalar, na transição do hospital para o domicílio, na realização de visitas domiciliares e no suporte aos pais. Esses aspectos são fundamentais para a garantia da continuidade do cuidado, diminuição da ansiedade dos pais e contribuição para redução de custos hospitalares. Além disso, incentiva a criação e o fortalecimento de vínculo materno e familiar e o estabelecimento do elo entre o hospital e a rede ambulatorial que acompanha esse bebê (MELLO *et al*, 2002).

Nesse contexto, a atuação do profissional de saúde, em especial o de enfermagem, foi fortemente identificada nos depoimentos das mulheres entrevistadas, como se pode visualizar a seguir:

Ah, a enfermeira me ajudou muito! Se não fosse ela, não sei se eu tinha conseguido. Ela veio até a minha casa, me ensinou bem direitinho 'a pega' e ficou, de vez em quando, me acompanhando e me estimulando. (Entrevistada 09).

Eu acho que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, tem um papel fundamental no incentivo ao aleitamento materno. Eu digo isso porque as orientações, geralmente, são dadas por eles. O cuidado, tanto com o bebê quanto com nós, mães, é muito interessante. (Entrevistada 10).

A Estratégia de Saúde da Família consiste em trabalhar com prevenção e promoção de doenças a partir da criação de vínculos com sua população adscrita. Dessa maneira, é possível identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar, e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família.

É necessário que se busquem formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

A equipe de saúde que acompanha a puérpera deve adotar intervenções com intuito de aumentar as taxas relativas ao aleitamento materno. Devem ser instituídas intervenções, através do aconselhamento individual ou em grupo, visitas domiciliares, conhecimento do meio social de inserção daquela puérpera, a fim de buscar parceiros e pontos de referência e apoio para a mesma (VIEIRA *et al*, 2011). Os profissionais de saúde devem tentar envolver as pessoas que têm uma participação importante no dia a dia das mães e das crianças,

como avós e outros parentes, pois estes costumam exercer grande influência sobre as mães, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação.

Desse modo, o profissional de saúde da atenção básica disporá de elementos para uma posição estratégica que promova ações para incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade ou, minimamente, até o quarto mês. Pressupomos que a importância do profissional, expressa nos discursos das usuárias, decorre do fato de que tais concepções informam os conceitos e veiculam as posições sociais que norteiam as práticas profissionais, constituindo, assim, um dos instrumentos do processo de trabalho. No depoimento seguinte, a presença ativa do profissional de saúde é evidenciada como um fator positivo por possibilitar apoio, incentivo e orientação à lactante, contribuindo para empoderar a mulher nesse momento, deixando-a mais segura e confiante.

Eu era de outra área, e tanto a enfermeira quanto o médico não falavam nada sobre amamentação, então, eu não dava importância. Quando eu me mudei, fui pra uma equipe que ficava no meu pé, explicando, até eu entender que, às vezes, dói muito amamentar, mas o bebê vai ficar saudável. E é verdade mesmo. (Entrevistada 05).

Essa participação ativa do profissional é vista como fundamental para a adesão à prática, visto que o “suporte social para a amamentação” é importante, pois a amamentação precisa ser ensinada e apoiada, não só por profissionais de saúde, mas pela família e pela sociedade em geral, como afirmam Batista, Farias e Melo (2013, p.134). Para os autores, é preciso uma troca de experiências, vivências e conhecimentos para que a amamentação ocorra em um ambiente de harmonia e segurança para a mãe e o bebê. Apesar dessa constatação, o que se observa, em muitos estudos sobre a contribuição do profissional de saúde no AM, é uma evidência preocupante: poucas mulheres são orientadas e estimuladas ao AM no pré-natal.

De acordo com uma pesquisa feita por Batista, Faria e Melo (2013), das 16 mulheres entrevistadas,

apenas 7 referiram ter recibo alguma orientação no pré-natal sobre a importância do AM. Do mesmo modo, a pesquisa também evidenciou falhas no atendimento prestado na visita puerperal. Para Chaves, Lamounier e Cesar (2007), é necessário que sejam implementadas, nas Unidades de Saúde da Família e nas maternidades, normas e rotinas de aleitamento materno que possam incentivar formação de grupos de gestantes e mães. A importância desses grupos de orientação consiste na comprovada relação da educação em saúde sobre amamentação no pré-natal, com a elevação dos índices de AM, evidenciando a relevância do papel do profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, na orientação, no apoio e no incentivo à prática da amamentação (DEMITTO *et al*, 2010).

Sendo assim, o atendimento à mulher deve respeitar todo contexto que a envolve: sua cultura, suas experiências anteriores, seus anseios, seus reais desejos de amamentar ou não, seus conhecimentos/crenças a cerca da amamentação etc. Ao lançar mão de uma abordagem metodológica, principalmente na visita domiciliar, a qual pode facilitar a interação com a puérpera e sua família, o profissional minimiza os conflitos entre os saberes científicos e cultural, de uma maneira que direcione a promoção da amamentação satisfatória (VIEIRA *et al*, 2011).

O incentivo à participação das famílias no apoio à amamentação e durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto também é fator fundamental para o AM, além do acompanhamento das crianças e mães após a alta da maternidade e das visitas domiciliares, tanto dos Agentes Comunitários de Saúde quanto dos enfermeiros e médicos.

Considerações Finais

Diante dos inúmeros benefícios comprovados do AM, concluímos que ele é importante para o desenvolvimento saudável das crianças, em especial daquelas que nascem com baixo peso. Nesse sentido, tal prática precisa ser fortalecida e incentivada por meio de orientações e apoio de profissionais de saúde, da família e da sociedade em geral. Por esse motivo, estudos como esses

são relevantes por apresentarem dados que permitem comprovar benefícios e subsidiar estratégias de fortalecimento dos serviços de saúde na atenção prestada a mulheres, sejam elas gestantes ou lactantes.

Por meio da análise do discurso, os resultados evidenciam a importância do aleitamento materno no tocante ao crescimento e desenvolvimento das crianças que nasceram com baixo peso. Essa percepção foi compartilhada pelas mães participantes dos estudos, que afirmaram a condição de saúde dos seus filhos, em alguns casos, relacionando essa condição ao aleitamento.

Além disso, foi possível verificar a importância dos profissionais de saúde, sobretudo da atenção básica e dos enfermeiros, no que se refere ao incentivo ao AM, considerando o vínculo com as usuárias e a integralidade do cuidado em saúde. Esses resultados destacam, com isso, a necessidade de avançar nas estratégias de incentivo ao AM na atenção básica, através da qualificação dos trabalhadores, para que sejam lançadas medidas de estímulo à amamentação, como, por exemplo, a criação de grupos de gestantes, e no sentido de sensibilizá-los e prepará-los para orientar, apoiar, divulgar e promover tal prática.

Referências

- BATISTA, K.R.A.; FARIAS, M.C.A.D.; MELO, W.S.N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Revista Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p. 130-138, 2013.
- BERCINI, L.O. et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá v.6, n.2, p. 404-410, 2007.
- BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará*, Fortaleza, v.1, n.1, p.17-25, jul./dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série C. Departamento de Ações Programáticas).
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução no. 196, de 10 de outubro de 1996*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- CASTRO, L.M.C.; ARAÚJO, L.D.S. *Aleitamento Materno: manual prático*. 2.ed. Londrina: MAS, 2006.
- CECATTI, J.G. et al. Introdução da lactação e amenorreia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 2, p. 159-169, abr./jun. 2004.
- CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Journal of Pediatrics*, Rio de Janeiro, v.83, n.3, p.241-246, maio/jun. 2007.
- DEMITTO, M. O. et al. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 223-229, 2010.
- DINIZ, M. B. et al. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v.29, n.3, p. 440-453, 2011.
- FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso aplicados à pesquisa em Enfermagem*. São Paulo:USP, 2001. (Curso sobre Elementos de Análise de Discurso aplicados à Pesquisa em Enfermagem-Escola de Enfermagem da USP).
- FIORIN, J. L., SAVIOLI, F. P. *Para entender o texto: leitura e redação*. 15. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *Journal of Pediatrics*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p.99-105, 2004.
- MELLO, D. F. et al. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, São Paulo, v.36, n. 3, set. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Os dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos*. Brasília: OMS/OPAS, 2000.

VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. *Revista Rene*, Fortaleza, n.12, v. 3, p. 462-470, jul./set. 2011.

Recebido para publicação em Maio/2012

Versão final em Junho/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

INSTRUÇÕES AOS AUTORES – SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) voltada para as Políticas Públicas na área da saúde. Publicada trimestralmente, desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o CEBES.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à aprovação de membros do Conselho *ad hoc*, selecionados para cada número da revista, que avaliam os artigos pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas permanecem sigilosos até a publicação do texto. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicações via site e e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.
2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o abstract.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

Seções da publicação

A revista está estruturada com as seguintes seções:

Editorial
Apresentação
Artigos de Debate
Artigos Temáticos
Artigos de Tema Livre
Artigos Internacionais
Resenhas
Depoimentos
Documentos

Apresentação do texto

Sequência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (abstract) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 900 caracteres com espaço (aproximadamente 135 palavras), no qual

fique clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos, ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (keywords), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária¹.
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exemplo: 'porta de entrada'. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.
- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: "conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde..."
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos:

Livro

FLEURY, S.; LO BATO, L. V. C. (Org.). *Segurança social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Capítulo de livro

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LO BATO, L. V. C. (Org). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Artigo de periódico

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

Material da internet

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun 2010.

Submissão

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br, após realizar login fornecido junto da senha após o cadastro do autor responsável pela submissão. Todos os campos obrigatórios devem ser devidamente preenchidos. O artigo submetido e o arquivo enviado devem ser iguais, contendo as mesmas informações.

No corpo do texto não deve conter nenhuma informação que possibilite identificar os autores ou instituições. Todas as informações relacionadas aos autores devem constar apenas no arquivo submetido.

Os arquivos referentes a tabelas, gráficos e figuras devem ser submetidos separadamente do arquivo com o texto principal e não devem conter identificações sobre os autores.

O artigo deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível (salvar em formato .doc ou .docx), em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Os documentos solicitados (relacionados a seguir) deverão ser enviados via correio, devidamente assinados.

Declaração de autoria e de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para

a concepção e o planejamento, ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo, disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>

Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na página de rosto (folha de apresentação do artigo) será suficiente.

Ética em pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais) deverá ser encaminhado um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do CEBES é encaminhado ao Conselho Editorial para avaliação da pertinência temática e observação do cumprimento das

normas gerais de encaminhamento de originais. Depois, é verificado pela secretaria editorial, para confirmação de adequação às normas da revista. Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de revisores Ad-Hoc (pareceristas) da revista. Os pareceristas serão escolhidos de acordo com o tema do artigo e sua expertise, priorizando-se conselheiros que não sejam do mesmo estado da federação que os autores. Os conselheiros têm prazo de 45 dias para emitir o parecer. Ao final do prazo, caso o parecer não tenha sido enviado, o consultor será procurado e será avaliada a oportunidade de encaminhamento a outro conselheiro. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aceito para publicação; aceito para publicação (com sugestões não impeditivas); reapresentar para nova avaliação após efetuadas as modificações sugeridas; recusado para publicação.

Caso a avaliação do parecerista solicite modificações, o parecer será enviado aos autores para correção do artigo, com prazo para retorno de sete dias. Ao retornar, o parecer volta a ser avaliado pelo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias.

Caso haja divergência de pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer). No caso de solicitação de alterações no artigo, poderá ser encaminhada em até três meses.

Ao fim desse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores, o artigo será considerado retirado.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INSTRUCTIONS TO AUTHORS – SAÚDE EM DEBATE

The journal *Saúde em Debate*, created in 1976, is a publication by Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) which is directed to the public policies of the health field. Published quarterly since 2010, that is, in March, June, September and December, the journal is distributed to all associates in situation with CEBES.

Unpublished articles structured as original articles, reviews of books of academic, politic and social meaning, as well as statements, are accepted.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted for publication.

Total or partial reproduction of the articles is allowed under the condition of indicating the source and the authorship.

The publication of the papers is conditioned to the opinions of the Editorial Board ad-hoc, established for each issue of the magazine.

Eventual suggestions of structure or content modifications by the editors will be previously decided together with the authors. Additions or modifications will not be accepted after the final approval for publication.

Types of texts accepted for publication

Original Articles

1. Research: articles that present final results of scientific research, presented in 10 to 15 pages. Articles resulting from research involving human beings must be sent with a copy of the form by the Ethics Committee of the institution.
2. Essays: articles presenting critical analyses on a specific theme of relevance for the assemblage of health policies in Brazil, presented in 10 to 15 pages.
3. Review: articles presenting literature critical comments on a specific theme, presented in 10 to 15 pages.
4. Experience report: articles describing academic, assistance and extension experiences, also presented in 10 to 15 pages.
5. Opinion: the authorship is exclusive to persons invited by the journal's scientific editor, also presented in 10 to 15 pages. In this modality, the abstract is not required.

Review

Review of books directed to the field of health public policies will be accepted according to the editorial board's criteria. The papers must present a view of the content of the book, as well as its theoretical principles and an idea of the public to which it is directed, being presented in up to three pages.

Documents and statements

Papers referring to historical or conjunctive themes will be accepted according to the editorial board's criteria.

Publication sections

The journal is structured in the following sections:

- Editorial
- Presentation
- Thematic articles
- Free articles
- International articles
- Reviews
- Statements
- Documents

Text presentation

Sequence of text presentation

The papers may be written in Portuguese, Spanish or English.

Texts in Portuguese and Spanish must present the title in the original language and in English. Texts in English must present the title in English and in Portuguese.

The title, in turn, must express clearly and briefly the content of the paper.

The presentation page should present the complete name of the authors and, in the footnote, their professional information (institutional bond and titles), address, phone number and e-mail address for contact. This information is obligatory. When the article depicts the result of financed research, the financial source must be indicated, as well as the existence or not of conflict of interests during the production of the paper.

The manuscript must present an abstract in Portuguese and in English or Spanish with up to 900 characters with space (approximately 135 words), in which the

synthesis of the purposes, methods employed and main conclusions of the paper must be clear. In the end of the abstract, a minimum of three and maximum of five keywords should be included, using preferentially the terms presented in the structured vocabulary Health Science Descriptors (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. If the keywords related to the article's theme are not found, other terms or expressions of common knowledge in the field may be employed.

Next, the article itself is presented:

- a. the indication of footnotes in the body of the text must be superscript. For example: Sanitary Reform¹.
- b. as to words or passages emphasized to the author's discretion, simple quotation marks must be used. For example: 'entrance door'. Quotation marks will be used only for direct citations.
- c. charts, graphs and figures must be sent in high printing quality, in black and white or grayscale, separately from the text and correctly numbered and entitled, with indication of the value's units and respective sources. The number of charts and graphs should not exceed five per article. The files must be submitted one by one, that is, one file for each image, without information about the authors, being mentioned only the source of the graph, chart or figure. These elements must be sequentially numbered, being respected their order of appearance in the text.
- d. the authors mentioned in the body of the text must be written in small letters (only the first in capital letter), being observed the ABNT NBR 10520:2002 patterns (available in libraries). For example: "according to Aciole (2003) and Crevelim and Peduzzi (2005), it corresponds to the clients' participation in Health Councils..."
- e. the bibliographical references must be presented, in the text body, in parenthesis, being the name of the authors fully written in capital letters followed by the year of publication and, in case of direct citations, by the page number. For example: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

The references must be indicated in the end of the article, being observed the ABNT NBR 6023:2002 patterns, with some adaptations (abbreviate the author's first name). Examples:

Book

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Book chapter

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Periodical article

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

On-line material

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun 2010.

Submission

The articles must be submitted exclusively through the site: www.saudeemdebate.org.br, after logging in and indicating the password provided after the registration of the author who is responsible for the submission. All required fields must be correctly filled out. The file submitted and the file sent must be equal, containing the very same information.

The text body should not present any information that may allow the identification of the authors or institutions. Information related to the authors must be indicated only in the submitted file.

The files containing tables, graphs and figures must be submitted apart from the file containing the main text, and should not provide identification of the authors.

The article must be typed in Microsoft® Word or compatible software (save as .doc or .docx), in A4 page, Times New Roman typeface 12 pt and 1.5 line space.

The required documents (indicated next) should be sent by mail and properly signed.

Declaration of authorship and responsibility

According to the authorship criteria by the International Committee of Medical Journal Editors, the authors must observe the following conditions: a) contribute substantially to the conceiving and planning, or to the analysis and data interpretation; b) contribute significantly to the elaboration of rough copy or critical review of the content; c) participate in the approval of the manuscript's final

version. In order to do that, it is necessary that all authors and co-authors sign the Declaration of Authorship and Responsibility, in conformity with the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

Conflicts of interest

The papers submitted for publication should contain information about the existence or not of any kind of conflict of interests among the authors. Financial interests, for instance, are not only related to the direct financing of the research, but also to the employment relationship itself. If there is no conflict, the following information in the presentation page will do: "The authors declare that there are no conflicts of interests with regard to this article".

Research ethics

As to research initiated after January 1997 and involving human beings, in compliance with item II of the Resolution 196/96 of the National Health Council (research involving individually or collectively, directly or indirectly, totally or partially a human being, including the handling of information and material), a document of approval by the Research Ethics Committee of the institution where the study was carried out must be sent. In case of institutions that do not dispose of an Ethics Committee, an approval by other committee must be sent.

Flow of manuscripts submitted for publication

All manuscripts received by the CEBES bureau are conducted to the editorial board to assessment of thematic relevance and observation of the accomplishment of the manuscript submission general rules. Later on, the editorial bureau verifies the paper as to confirm its adequacy

to the journal's patterns. Once accepted for appreciation, the manuscripts are sent to two Ad-Hoc technical reviewers of the journal (peer-review). The reviewers are chosen accordingly to the theme of the article and his/her expertise, and priority is given to counselors that do not pertain to the same federation state as the authors. The counselors are given a 45-day deadline to issue their opinion. If the opinion is not issued at the end of the deadline, the counselor is contacted and the opportunity of sending the manuscript to other counselor is considered. The review form is available for consultation in the journal's website. The opinions always present the following conclusions: accepted for publication; accepted for publication (with non-hindering suggestions); resubmit for new assessment after accomplishing the suggested modifications; refused for publication.

If the reviewer's assessment requires modifications, the opinion will be sent to the authors, so they correct the manuscript within a seven-day deadline. When the manuscript is sent back, the opinion is reassessed by the reviewer within a 15-day deadline, which may be prorogated to another 15 days.

If there is divergence of opinions, the article is sent to a third counselor for decision (the editorial board may issue a third opinion to its discretion). If other alterations are requested, they may be sent in up to three months.

At the end of the deadline and not having any manifestations by the authors, it will be considered as a withdrawal.

The model of opinion used by the scientific board is available at: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Mailing address

Avenida Brasil, 4036, room 802
CEP 21040-361 – Mangueiras, Rio de Janeiro (RJ), Brazil
Phone: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA



FIOCRUZ

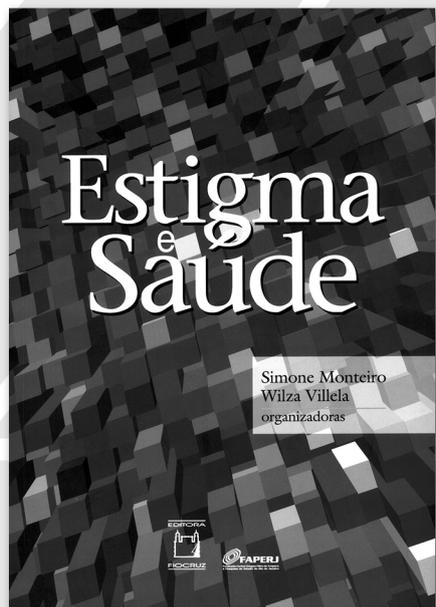
LANÇAMENTOS



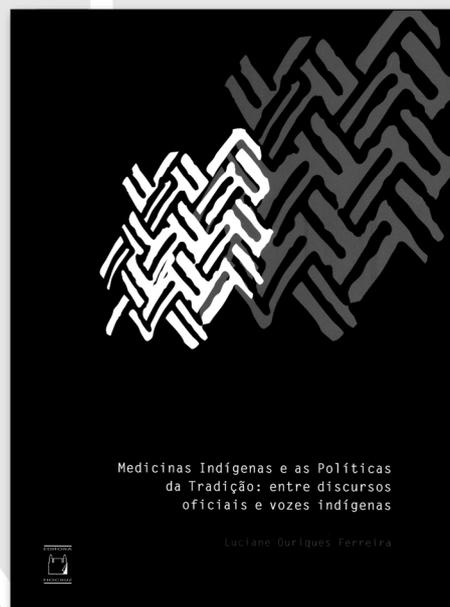
POLÍTICA PÚBLICA E GESTÃO DE SERVIÇOS DE SANEAMENTO
Léo Heller e José Esteban Castro (orgs.)
Coedição: Editora UFMG
567p. | Preço: R\$140



SUS: O DESAFIO DE SER ÚNICO
Carlos Octávio Ocké-Reis
180p. | Preço: R\$29



ESTIGMA E SAÚDE
Simone Monteiro e Wilza Villela (orgs.)
Apoio: Faperj
207p. | Preço: R\$25



MEDICINAS INDÍGENAS E AS POLÍTICAS DA TRADIÇÃO: ENTRE DISCURSOS OFICIAIS E VOZES INDÍGENAS
Luciane Ouriques Ferreira
202p. | Preço: R\$36

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. Compras *online* por boleto bancário.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

Capa, diagramação e editoração eletrônica/*Cover, Layout and desktop publishing*
Paulo Vermelho

Imagem da capa/*image cover*
Felipe Amarante

Normalização/*Normalization*
Ivanilma Gama

Revisão de textos/*Text revision*
Carla de Paula
Simone Basilio
(Português/Portuguese)

Roberto Delgado
(Inglês/English)

Impressão e Acabamento/*Print and Finish*

Corbã Editora Artes Gráficas

Tiragem/*Number of Copies*

2.000 exemplares/*copies*

Revista foi impressa no Rio de Janeiro em dezembro de 2012

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 december, 2012

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90 g/m²

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa:	Aparecida Isabel Bressan
Editor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos:	Lizaldo Andrade Maia Luiz Bernardo Delgado Bieber Maria Lucia Frizzon Rizzotto Paulo Navarro de Moraes Pedro Silveira Carneiro
Diretores Ad-hoc:	Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL • *FISCAL COUNCIL*

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO • *ADVISORY COUNCIL*

Ary Carvalho de Miranda
Ana Ester Maria Melo Moreira
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luiz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mario Cesar Schefer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Sílvio Fernandes da Silva

SECRETARIA • *SECRETARIES*

Secretária Geral:	Gabriela Rangel de Moura
Pesquisador:	José Maurício Octaviano de Oliveira Junior

JORNALISTA • *JOURNALIST*

Priscilla Faria Lima Leonel

Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – v.1 (out./nov./dez.1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2013.

v. 37; n. 97; 27,5 cm

Trimestral
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